鄂州市卫生健康领域市场准入限制问题

线索征集表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本信息** |  | 名称（姓名） | 地址 | 联系人 | 联系方式 |
| 反映单位或个人 |  |  |  |  |
| 被反映单位或个人 |  |  |  |  |
| **基本情况**（包括：问题线索涉及地区、部门（单位、个人）、市场准入限制的表现形式及不利影响等） |  |
| **反映问题的佐证材料**（行政部门提供的回执、批件、文件、答复等） |  |
| **反映问题类型**（请在符合的类型后面打“√”） | 1.相关机构违背市场准入负面清单禁止准入类或许可准入类事项要求进行审批的。 |  |
| 2.市场主体违规进入市场准入负面清单禁止或限制进入的行业、领域、业务的。 |  |
| 3.相关机构设置市场准入隐性壁垒的，如国家层面已放开但地方仍在审批、另设市场准入限制性条件、监管能力不足导致不敢批、行政审批互为前置、同类事项跨区域重复审批等。 |  |
| 4.政府采购和招投标违规设定准入门槛的。 |  |
| 5.违规指定、提供中介服务、监督管理不严的。 |  |
| 6.其他违背市场准入负面清单制度的情形。 |  |
| **申明** | 我承诺对上述材料的真实性负完全法律责任。           承诺人：（签名）（企业公章） |

备注：1.鼓励企业、群众实名反映问题线索，各级卫生健康行政部门、单位应严格保密，也可以以匿名方式反映，但反映问题应实事求是。

2.反映相关材料表格中填写不全，可以附件形式一并提供。