个人承诺书

本人：

（身份证件号码： ），办理医保电子凭证情亲账户绑定业务。本人保证 符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话：

通讯地址：

承诺人（签名）：

年 月 日