# 个人承诺书

本人

（身份证号码 ），办理医保电子凭证亲情账户绑定业务。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