 卫 生 行 政 执 法 文 书

**催 告 书**

文号

被处罚人（单位/个人）： 法定代表人/负责人：

卫生许可证件或营业执照号码/身份证号：

你（单位）尚未履行我机关于 年 月 日对你（单位）作出的行政决定（《 》文号/编号： ），收到本催告书之日起10日内，将罚没款 元、加处罚款 元缴至

并履行下列义务 。如不履行上述义务，本机关将依法申请法院强制执行。

如你（单位）对此有异议，根据《中华人民共和国行政强制法》的有关规定，

可在收到本催告书之日起10日内到

进行陈述和申辩。

当事人签收： 卫生健康行政机关名称并盖章

年 月 日 　　 年 　月 　 日

备注：本通知书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定