



卫生行政执法文书

催告书

文号 聊卫医催[2019]2号

张化强：

□ 单位全称：_____ 联系电话：_____

法定代表人姓名：_____ 性别：_____ 民族：_____ 职务：_____

☑ 姓名：张化强 性别：男 身份证号：372502197903175176 民族：汉族

住址：聊城市东昌府区济营乡西庄村11号 联系电话：13656387829

你（单位）尚未履行我机关于2019年5月20日对你（单位）作出的行政决定（《行政处罚决定书》文号/编号：聊卫医罚[2019]005号），收到本催告书之日起10日内，将罚没款90500元、加处罚款70000元缴至省财政票款分离汇总帐户并履行下列义务_____。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日内到聊城市卫生健康委员会416室进行陈述和申辩。

当事人签收：

年 月 日

卫生健康行政机关名称并盖章

2019年11月11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