附件3

**合作企业社会保险缴费情况**

人力资源企业名称（盖章）：

统一社会信用代码：

联系人： 联系电话：

|  |
| --- |
| **合作企业基本信息** |
| 企业名称 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 法人代表 |  | 联系电话 |  |
| 经营场所所在地 |  |
| 经办人 |  | 联系电话 |  |
| 2019年11月社保缴费金额 |  （元） | 缴费人数 | （人） |
| 本企业知晓 企业代为申领社保费返还。用工企业负责人签字： 年 月 日（盖章） |

注：如有多家合作企业的可附多页