附件5

**机关事业单位社会保险缴费情况**

（不享受社保费返还）

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：

|  |
| --- |
| **机关事业单位基本信息** |
| 单位名称 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 法人代表 |  | 联系电话 |  |
| 单位地址 |  |
| 经办人 |  | 联系电话 |  |
| 2019年11月社保缴费金额 |  （元） | 缴费人数 | （人） |
|   以上情况属实。单位负责人签字： 年 月 日（盖章） |

注：如有多家机关事业单位的可附多页