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