|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件  社 会 保 险 登 记 表  (企业职工基本养老保险、工伤保险、失业保险) | | | | | | | | | | |
| 单位名称 | |  | | | | | | | | |
| 单位性质 | |  | | 工商营业执照发照日期 | | | | |  | |
| 行业类别 | |  | | 税务登记代码（税号） | | | | |  | |
| 单位地址  经营  范围 | |  | | | | | 邮编 | |  | |
| 经营  范围 | |  | | | | | | | | |
| 统一社会信用代码信息 | 注册地 | |  | 法定代表人或负责人 | | 姓 名 | | | |  |
| 代码 | |  | 身份证号 | | | |  |
| 类型 | |  | 电 话 | | | |  |
| 有效期限 | |  | 经办人 | | 姓名 | | | |  |
| 颁发单位 | |  | 电 话 | | | |  |
| 开户  银行  信息 | 银行名称 | |  |  | | | | | | |
| 户名 | |  |  | |  | | | | |
| 银行账号 | |  | |  |  | | | |  |
| 行号 | |  | |
| 保机构经办人： 社保机构复核人： 社保机构（章） | | | | | | | | | | | |