**附件2**

社会保险缴费工资基数申报汇总表

 年度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位全称 |  | 单位编号 |  |
| 法人代表或负责人姓名 |  | 移动电话 |  |
| 经办人姓名 |  | 移动电话 |  |
| 通讯地址 |  省 市 县（市区）  |
| 申报情况 | 险 种 | 参保人数 | 缴费工资总额（元） |
| 企业养老保险 |  |  |
| 失业保险 |  |  |
| 工伤保险 |  |  |
| **诚 信 承 诺 书** |
| 我单位承诺在年度缴费基数申报过程中所提交的各项材料均符合国家法律法规 之规定，完整准确、真实有效。我单位将严格遵守本承诺，如有违背，同意将违反承诺情况作为失信信息记入公共信用信息平台，同时承担相应法律责任。 |
| 法定代表人或负责人（签名） | 单 位（盖章） |
| 单位经办人（签名） 年 月 日 |