附件2

合作企业社保缴费情况

人力资源公司名称：
纳税人识别号：

申报合作企业共 家，缴费明细如下：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 合作企业名称 | 2019年12月社会保险费缴费金额 |
| 1 |  |  |
| 企业负责人签字： 年 月 日（盖章） |
| 序号 | 合作企业名称 | 2019年12月社会保险费缴费金额 |
| …… |  |  |
| 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