广州市社会保险诚信公约签订单位申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位  名称 |  | | | | | | | | | | |
| 通讯  地址 |  | | | | | | | | 邮编 | |  |
| 电子  信箱 |  | | | | | 统一社会信用代码 | | |  | | |
| 单位所属 | 单选： □中央驻穗 □省属 □市属 □区属/街道 | | | | | | | | | | |
| 法定  代表人 |  | 电话 |  | | | | 传真 |  | | | |
| 单位  联系人 |  | 电话 |  | | | | 手机 |  | | | |
| 申请时单位在册员工总数（与本单位签订劳动合同） | |  | | | 包括劳务派遣等其他用工形式后单位员工总数 | | | | |  | |
| 申请单位按所属行业  进行承诺 | 我单位符合以下第 种条件，现响应广州市社会保险监督委员会办公室的倡议，申请签订本公约，并自觉接受社会各界的监督：  （1）为本市社会保险参保单位，申请前一年无社会保险欠费，无欺诈骗保行为；  （2）为本市社会保险服务银行，申请前一年无社会保险待遇迟发、漏发、错发情况；  （3）为本市医疗、工伤、生育保险定点医药机构，申请前一年无违反与我市医保经办机构签订的协议管理情况，无其他参与、协助欺诈骗保的行为；  （4） 。 | | | | | | | | | | |
| 法定代表人或授权人签名 |  | | | （单位公章） | | | | 申请  日期 | |  | |

注：以上表格请填写一式两份，其中一份自行留存，一份连同单位营业执照复印件，通过信函、EMS快递、或市政府公文交换系统提交到广州市连新路43号市人社局社会保险基金监督处，邮编：510030。