附件

社会保障PSAM卡销售备案情况审查表

|  |
| --- |
| **以下由申请单位填写** |
| 申请单位名称 |  |
| 申请单位地址及邮编 |  |
| 销售联系人 |  | 所在部门 |  |
| 销售联系电话 |  | 销售联系邮箱 |  |
| 申请经办人 |  | 经办人电话 |  |
| 申请说明：法人代表或经办人签字：（申请单位印章）年 月 日  |
| **以下由人力资源社会保障部信息化领导小组办公室填写** |
| 审查意见：负责人签字：（单位印章）年 月 日  |