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 | | | |