附件2

延长社会保险缴费期情况报备表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位代码 |  |
| 行业类别 |  |
| 经营范围 |  |
| 联 系 人 |  | 手 机 |  |
| 受疫情影响情况（包括：生产经营状况、用工规模、受疫情影响的程度等内容） |
| 我单位承诺在恢复正常后按规定及时补缴逾期的社会保险费。请手写上述承诺内容：­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_单位公章或法人签字：年 月 日 |