参保单位注销登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位全称： |  | 单位编号： |  |
| 单位法定代表人姓名 |  | 移动电话 |  |
|
| 单位经办人姓名 |  | 移动电话 |  |
| 缴费截止时间 |  |
| 注销原因 |  | 注销日期 |  |
| 注销文件 |  |
| 本单位承诺，所填写内容和提供材料真实准确有效，否则承担相应的法律责任。单位盖章：  日期： 年 月 日  |