附件1

代县社会保险费征缴争议事项处理报送单

编号[ ]第（ ）号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 联系人信息 | 姓名 |  | | 电话 | |  | |
| 反映  内容  摘要 |  | | | | | | |
| 受理  部门 |  | 承办人  姓名 |  | | 电话 | |  |
| 报送  意见 |  | | | | | | |
| 单位签章 年 月 日 | | | | | | |
| 备注：以上反映内容，现予以报送，请按规定程序处理，办理过程中严格保密，不得泄露缴费人信息。办理结果直接反馈缴费人，并将办理情况反馈受理部门。 | | | | | | | |