附件2

**机关事业单位基本养老保险参保单位信息变更申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（公章） |  | | | 单位编号 | |  | |
| 请在下列项目中选择需要办理变更登记的内容：  □单位信息变更 □单位银行信息变更  □单位合并 □其 他 | | | | | | | |
| 变更项目 | 变更前内容 | | 变更后内容 | | | | 备 注 |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
| 需说明的情况：  经 办 人：  联系电话：  年 月 日 | | | | | | | |
| **以下由社保经办机构填写** | | | | | | | |
| 初审人：  签名：  年 月 日 | | 复核人：      签名：  年 月 日 | | | 部门负责人：  签名：  年 月 日 | | |