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 |