

附件2

临县社会保险费征缴争议事项处理 报 送 单

报送编号〔 〕第（ ）号

联系人信息	姓 名		电 话			
反映内容摘要						
受理人信息	姓 名		电 话		受 理 时 间	
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，并于 月 日将办理情况反馈受理部门。

电话：

邮箱：