附件 2

江西省参保单位基本信息变更表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位编号： |  | | | |
| 单位名称： |  | | | |
| 序 号 | 变更事项 | 变更前信息 | 变更后信息 | 备 注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申报单位承诺：  本单位所提交的材料及填报的信息真实无误，如因材料或填报信息错误、虚假导致的问题，本单 位承担相应法律责任。  单位经办人： 单位盖章：  年 月 日 | | | | |