授权委托证明书

本单位 （单位名称）,

 （统一信用代码），自 年 月 日注册成立，单位法人/负责人 （姓名）

 （身份证号码）。兹授权

(有效证件号码： 联系电话： )为我单位授权代理人，其权限是办理我单位社会保险业务相关事宜。

特此证明。

法定代表人或负责人： （签章）

联系电话:

授权单位： （盖章）

联系电话：

授权日期： 年 月 日

说明：1.被授权人发生变更时此委托证明书效力终止。

 2.此证明为制式文本，由社保局统一印制提供。

备注：信息系统生成空表，可打印，可在市社保局网站或公共服务平台处下载。