柞水县社保专户资金竞争性存放银行报名表

|  |  |
| --- | --- |
| **报名单位** |  |
| **联系人** |  | **固定电话** |  | **手机****号码** |  |
| **详细地址** |  |
| 柞水县财政局：我行自愿报名参加贵局组织的柞水县社保专户资金定期存放银行竞争性选择活动。现将报名表及相关资料一并提交。附件：1.营业执照复印件（加盖公章） 2.近3年内在经营活动中无重大违法记录等相关事项的声明（原件加盖公章）报名单位公章：法人代表（或负责人）签名： 年 月 日 |

授权委托书

柞水县财政局：

（参与银行全称）参与柞水县社保专户资金定期存放银行竞争性选择活动，授权 同志前来报名登记，请予接洽。

本行对其提供参与竞争的所有资料真实、完整、合法负责。

 被授权人姓名： 职务：

身份证号码：

通讯地址：

联系电话：

银行全称： （公章）

 法人代表（或负责人）签名：

年 月 日