**承 诺 书**

我承诺：

在此次缴费基数、人数申报中，所提供的申报数据真实、合法，单位参保人员本人已签字确认，并履行单位公示，如有不实之处，愿负相应的法律责任，并承担由此产生的一切后果。

 承诺单位：

 年 月 日

单位联系电话：

单位联系人：