附件4       **依法缴纳社会保障资金证明**

致：福建省特种设备检验研究院龙岩分院

**1、依法缴纳社会保障资金的供应商**

（ ）法人（包括企业、事业单位和社会团体）的现附上自   年    月   日至   年     月   日我方缴纳的社会保险凭据（限：税务机关/社会保障资金管理机关的专用收据或社会保险缴纳清单，或社会保险的银行缴款收讫凭证）复印件，上述证明材料真实有效，否则我方负全部责任。

（ ）非法人（包括其他组织、自然人）的自   年   月   日至    年   月   日我方缴纳的社会保险凭据（限：税务机关/社会保障资金管理机关的专用收据或社会保险缴纳清单，或社会保险的银行缴款收讫凭证）复印件，上述证明材料真实有效，否则我方负全部责任。

**2、依法不需要缴纳社会保障资金的供应商**

（ ）现附上我方依法不需要缴纳社会保障资金证明材料复印件，上述证明材料真实有效，否则我方负全部责任。

★注意：

1、请供应商根据实际情况填写，在相应的（）中打“√”，并按照本格式的要求提供 相应证明材料的复印件。

2、供应商提供的社会保险凭据复印件应符合下列规定：

2.1首次响应文件递交截止时间前（不含截止时间的当月）已依法缴纳社会保障资金的 投供应商，提供首次响应文件递交截止时间前六个月（不含截止时间的当月）中任一月份的社会保险凭据复印件。

2.2首次响应文件递交截止时间的当月成立且已依法缴纳社会保障资金的供应商，提供 首次响应文件递交截止时间当月的社会保险凭据复印件。

2.3首次响应文件递交截止时间的当月成立但因税务机关/社会保障资金管理机关原因 而尚未依法缴纳社会保障资金的供应商，提供依法缴纳社会保障资金承诺书原件（格式自拟），该承诺书视同社会保险凭据。

3、供应商提供的相应证明材料复印件均应符合：内容完整、清晰、整洁，并由供应商 加盖其单位公章。

4、**“依法缴纳社会保障资金证明材料”**有欠缴记录的，视为**未依法缴纳社会保障资金**。

5、对于接受联合体形式的谈判且供应商是联合体的，则联合体各成员都应当提交本资 格证明文件。

供应商代表：             （签字）

供应商名称：             （全称并加盖公章）

日  期：     年      月     日