

社会保险单位参保证明

证明编号：37059701240122FME25467

单位编号	3705407196	单位名称	山东有邻药业有限公司
参保缴费情况			
参保险种	参保起止时间	当前参保人数	
企业养老	2019年02月-2023年12月	19	
失业保险	2019年02月-2023年12月	19	
工伤保险	2019年02月-2023年12月	19	

备注：本证明涉及单位及参保职工个人信息，因单位经办人保管不当或向第三方泄露引起的一切后果，由单位和单位经办人承担。本信息为系统查询信息，不作为待遇计发最终依据。

