

附件 1

市场主体歇业备案申请书

<input type="checkbox"/> 基本信息（必填项）					
名称			统一社会信用代码		
法定代表人 (负责人)			联系电话		
住所 (经营场所)					
歇业期间法律 文书送达地址					
歇业期间 联系人			歇业期间联系人 联系电话		
歇业期限	自_____至_____（最长不得超过 3 年）				
<input type="checkbox"/> 指定代表/委托代理人（必填项）					
委托权限	1、同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 核对登记材料中的复印件并签署核对意见； 2、同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 修改企业自备文件的错误； 3、同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 修改有关表格的填写错误； 4、同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 领取有关文书。				
固定电话		移动电话		指定代表/委 托代理人签字	

(指定代表或者委托代理人身份证件复、影印件粘贴处，可另附)

☐ 申请人签署 (必填项)

本主体依照《市场主体登记管理条例》_____等规定申请
市场主体歇业备案，本申请人和签字人承诺提交的材料文件和填报的信息真实有效，并承担相应的法律
责任。

申请人签字：

盖章

年 月 日

注：1、申请人为公司、农民专业合作社（联合社）、非公司企业法人、非公司外资企业的，
由法定代表人签字并加盖公章。

2、申请人为合伙企业的，由执行事务合伙人签字或委派代表签字并加盖公章。

3、申请人为个人独资企业的，由投资人签字并加盖公章。

4、申请人为个体工商户的，由经营者签字。

5、申请人为分公司、营业单位、非法人分支机构、农民专业合作社（联合社）分支机构的，
由其隶属主体的法定代表人签字并加盖隶属主体公章。合伙企业分支机构由隶属主体执行事
务合伙人（或委派代表）签字并加盖隶属企业公章。个人独资企业分支机构由隶属企业投资
人签字并加盖隶属企业公章。

6、申请人签署中横线部分可补充各省、自治区、直辖市人民政府制定的关于歇业备案的相关
规定。

附件 2

歇业备案承诺书

现向登记机关申请_____（市场主体名称）的歇业备案，并郑重承诺如下：

本市场主体因☐自然灾害☐事故灾难☐公共卫生事件☐社会安全事件☐其他_____造成经济困难，决定从_____起，至_____为止（期限）歇业。

本市场主体申请歇业前已经与职工依法协商劳动关系处理完毕，（其他情形）_____，不涉及市场监管部门认为不适宜歇业备案的其他情形。

本市场主体承诺申请歇业期间暂停经营，不发生任何经营活动；歇业期间严格遵守国家法律、法规、规章和政策规定，按时进行年报，全面履行应尽的责任和义务，承担债权债务关系；自觉接受政府、行业组织、社会公众、新闻舆论的监督，积极履行社会责任。

本市场主体对以上承诺的真实性负责，如违背承诺约定，则由全体投资人承担相应的法律后果和责任，并自愿接受相关行政执法部门的约束和惩戒；按照信用信息管理有关要求，本单位同意将以上承诺通过国家企业信用信息公示系统向社会公示。

全体投资人签字（盖章）：

年 月 日

- 注：**1、有限责任公司由全体股东签署、非公司企业法人由全体出资人签署、个人独资企业由投资人签字、合伙企业由全体合伙人签署、农民专业合作社由全体合作社成员签署、个体工商户由经营者签字；
- 2、非上市股份有限公司由全体董事签署；
- 3、申请人为分公司、营业单位、非法人分支机构农民专业合作社（联合社）分支机构的，由其隶属主体的法定代表人签字并加盖隶属主体公章。合伙企业分支机构由隶属主体执行事务合伙人（或委派代表）签字并加盖隶属企业公章。个人独资企业分支机构由隶属企业投资人签字并加盖隶属企业公章。
- 4、横线部分可补充各省、自治区、直辖市人民政府制定的关于歇业备案的情形。

附件 3

石嘴山市审批服务管理局市场主体
歇业备案信息推送单

<input type="checkbox"/> 基本信息（必填项）			
公司名称		统一社会信用代码	
公司类型		所属行业	
法定代表人 （负责人）		联系电话	
歇业期间 联系人		歇业期间 联系人电话	
歇业期间法律文 书送达地址			
歇业期限	自 年 月 日 至 年 月 日（最长不得超过 3 年）		
<input type="checkbox"/> “一窗受理” 歇业备案登记			
<div><div><input type="checkbox"/> 税务部门</div><div>签收人：</div><div>签收时间：</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 社保部门</div><div>签收人：</div><div>签收时间：</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 医保部门</div><div>签收人：</div><div>签收时间：</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 公积金部门</div><div>签收人：</div><div>签收时间：</div></div>			

