**CA卡公积金权限清除申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | 所属区县 |  |
| 联系地址 | |  | | | 邮政编码 |  |
| 单位帐号 | |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 申  请  事  由 | 经办人（签名）： 负责人（签名）： 单位（章）:  日期： | | | | | |
| 用户须知 | 1、CA卡公积金权限清除后，单位持有的所有主副卡权限将全部清除，如再需开通，请按照主副卡权限设置流程重新操作。  2、CA卡公积金权限清除用户需携带本申请表至网点办理。  3、网点地址：曹杨路540号4楼中联大厦，邮编200063，电话12329。  申请单位在此郑重申明：以上所填信息完全真实有效。本单位已阅读用户须知，已知晓CA卡公积金权限清除申请对卡证书使用造成的影响。本单位全权委托上述经办人处理CA卡公积金权限清除业务申请的相关事宜。 | | | | | |