**锦城街道安康医院扩建项目房地产价**

**格评估机构报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 机构名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 资质等级 |  | 资质证书编号 |  |
| 法定代表 |  | 联系电话 |  |
| 经办人 |  | 联系电话 |  |
| 拟参加本项目房地产估价师、估价员 | 估价师 |  | 联系电话 |  |
| 估价师 |  | 联系电话 |  |
| 估价员 |  | 联系电话 |  |
| 估价员 |  | 联系电话 |  |
| 企业简介 |  |
| 本机构认可本项目报名通告上的所有内容，并承诺对以上报名信息的真实性和准确性负责。 |

 **单位（盖章）： 填表日期： 年 月 日**