附件1

怀化市国有土地上房屋征收房地产

价格评估机构备选库

审 批 表

申报单位：

法人代表：

申报时间：

怀化市国有土地上房屋征收办公室制

单位基本情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称（章） | |  | | |
| 法人代表 | |  | 联系电话 |  |
| 详细地址 | |  | | |
| 分支机构负责人 | |  | 联系电话 |  |
| 技术负责人 | |  | 联系电话 |  |
| 分支机构地址 | |  | | |
| 分支机构成立时间 | |  | 机构性质 |  |
| 职工人数 | |  | 注册评估师人数 |  |
| 在我市开展评估的时间 | | |  | |
| 申报备案的时间 | | |  | |
| 经  营  范  围 |  | | | |

单位主要负责人、业务部门负责人及评估师情况（不含兼职人员）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 职务 | 出生年月 | 文化程度 | 所学专业 | 职称 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 专业技术人员情况：  总计：总人数 人。  其中：评估专业 人，其中注册房地产评估师 人；  其他专业 人；  其中：高级职称 人，中级职称 人，初级职称 人。 | | | | | | |

单位开展房地产评估业务的主要业绩（本栏可续页）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 完成的主要评估项目 | 评估的房屋建筑面积 | 评估  目的 | 评估  方法 | 评估  时间 | 评估  人员 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 价格评估机构简历 | 负责人（章）：  年 月 日 |
| 价格评估机构奖惩情况 | 负责人（章）：  年 月 日 |
| 价格评估机构申报意见 | 负责人（章）：  年 月 日 |

审 批 情 况

|  |  |
| --- | --- |
| 县市区国有土地上房屋征收部门意见 | 负责人（章）：  年 月 日 |
| 市住房和城乡建设局意见 | 负责人（章）：  年 月 日 |
| 市国有土地上房屋征收办公室审定意见 | 负责人（章）：  年 月 日 |

房地产价格评估案例表

填报区域：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 房屋用途 | 估价时间 | 房屋坐落 | 土地级别 | 土地使用权类型 | 房屋面积 | 房屋结构 | 房屋成新 | 房屋单价 | 其他房屋状况描述 | 案例来源 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |