附件2：

资产评估机构应当提供的资料清单

被检查资产评估机构名称：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 资料名称 | 复印 | 打印 | 电子版 | 原件 | 提供情况 |
| 1 | 机构自查报告 |  | √ | √ | √ |  |
| 2 | 机构基本情况表（见表一） |  | √ | √ | √ |  |
| 3 | 资产评估师名单（见表二） |  | √ | √ | √ |  |
| 4 | 2016发文登记本 |  |  |  | √ |  |
| 5 | 2016票存根 | √ |  |  |  |  |
| 6 | 机构内部管理和质量控制制度 |  |  |  | √ |  |
| 7 | 资产评估报告书及其工作底稿（根据通知） |  |  |  | √ |  |
| 8 | 机构认为应当提交检查组的其他资料 |  |  |  |  |  |
| 9 | 协会认为机构应提交检查组的其他资料 |  |  |  |  |  |
| 备注说明：工作底稿自送4份，包括企业价值评估报告1份、无形资产评估报告1份、单项资产或资产组合评估报告1份，其他评估报告1份（如无相对应的报告可用单项资产评估报告替代） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

检查人员签字：日期：检查组长签字：日期：

**表一：**

**机构基本情况表**

被检查资产评估机构名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称： |  | 成立时间 |  |
| 住所 |  | 邮编 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 职工人数 |  | 评估师人数 |  |
| **业务情况** |
| 2013 | 报告总数 |  | 其中：证券报告数 |  |
| 2014 | 报告总数 |  | 其中：证券报告数 |  |
| 2015 | 报告总数 |  | 其中：证券报告数 |  |
| 分公司以总公司名义出具的报告数 |  |
| 授权分公司出具的报告数 |  |
| 2016 | 报告总数 |  | 其中：证券报告数 |  |
| 分公司以总公司名义出具的报告数 |  |
| 授权分公司出具的报告数 |  |
| **分支机构情况1** |
| 名称 |  | 成立时间 |  |
| 住所 |  | 邮编 |  |
| 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 职工人数 |  | 评估师人数 |  |
| 2016报告数 |  | 其中：以总公司名义出具的报告数 |  |
| 经授权出具的报告数 |  |
| **分支机构情况2（依次类推）** |
| 名称 |  | 成立时间 |  |
| 住所 |  | 邮编 |  |
| 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 职工人数 |  | 评估师人数 |  |
| 2015年报告数 |  | 其中：以总公司名义出具的报告数 |  |
| 经授权出具的报告数 |  |
| 近三年机构及评估师奖惩情况：（请具体说明，并附相关材料。） |
| 近三年机构涉诉情况及未决诉讼情况：（请具体说明，并附相关材料。） |
| 其他需要说明的情况： |

检查人员：机构法定代表人签字：检查日期：

表二： 评估师情况汇总表

被检查资产评估机构名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 学历 | 年龄 | 注册时间 | 证书编号 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人：填表日期：