

附件二：

《关于确认参与海宁时光整形美容诊所有限公司破产清算 案公开询价专项审计的函》

海宁时光整形美容诊所有限公司管理人：

我单位/司名称为：_____，确认报名贵机构于 2021 年 月 日发布的关于海宁时光整形美容诊所有限公司破产清算案公开询价破产清算专项审计项目，对该项目公告的内容已经明白知晓，并承诺愿意遵守公告中的相关规定。

我单位/司承诺提交所有报名材料均属真实有效，否则愿意承担取消本案资格且无法得到审计费用的后果。我单位/司报价为浙高法鉴[2004]11 号文件中基本鉴定费标准的_____%；并承诺可于 2021 年 6 月 30 日前向管理人出具审计结果初稿（限期出具审计结果初稿为优先聘选条件之一，若报价单位认为有困难的，可将该部分承诺用“——”划去）。

我单位/司指定以下人员、电话、邮件、地址为本项目与管理人的联系人联系方式。

联系人：

联系电话：

邮件地址：

办公地址：

（报名单位盖章）

年 月 日

