

中介机构从事代理记账业务审批 告知承诺书

(一式两份)

申请机构名称: 广州华鑫财务管理有限公司

统一社会信用代码证: 91440101MA5CJ1RX5H

法定代表人: 孙剑波

联系人: 孙剑波

联系方式: 134 3037 7516

申请时间: 2025 年 4 月 3 日

行政审批机构: 广州市南沙区财政局

准予许可决定时间: 2025 年 4 月 3 日



本机构就申请从事代理记账业务执业许可事项，作出下列承诺：

- 一、所提交的申请材料真实、合法、有效；
- 二、已知悉行政审批部门告知的全部内容（详见附件1-1）；
- 三、已对照法定条件和《代理记账管理办法》（财政部令第98号）要求进行了自查（附件1-2、1-3），能够满足执业许可行政审批部门告知的法定条件、标准和要求，并按规定接受后续监督核查；
- 四、不存在法律禁止从事所申请业务的情况；
- 五、若违反承诺和作出不实承诺的，愿意承担相应法律责任。

本申请机构知悉并同意：如出现以欺骗、贿赂等不正当手段取得代理记账执业许可，或以告知承诺方式取得代理记账执业许可后行政审批部门首次证后监督检查发现实际情况与承诺内容不符的情形，将接受相关法律法规的处理，直至被撤销代理记账执业许可，并主动交回证书；

- 六、所作承诺是本机构的真实意思表示。

法定代表人签字（申请机构盖章）： 孙剑东

2025 年 4 月 3 日