**АНКЕТА ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ**

**физического лица/индивидуального предпринимателя/физического лица,**

**занимающегося частной практикой**

|  |
| --- |
| Данные о **КЛИЕНТЕ** НКО-ЦК «Клиринговый центр МФБ» (АО) |
| Наименование Клиента по операции (сделке) которого необходимо идентифицировать выгодоприобретателя |  |
| Данные о **ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕ** |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии последнего) |  |
| Дата рождения  |  |
| Гражданство |  |
| Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, *при наличии кода подразделения может не устанавливаться*код подразделения (при наличии)  |  |
| Наименование и данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ (данные миграционной карты в случае отсутствия иных документов): серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания) |  |
| Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания |  |
| Идентификационный номер налогоплательщика (при наличии) |  |
| Сведения о регистрации в качестве индивидуального предпринимателя: основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя, место государственной регистрации |  |
| Сведения о статусе физического лица, занимающегося в установленном законодательством РФ порядке частной практикой (вид деятельности, регистрационный номер, присвоенный физическому лицу, занимающемуся в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой)  |  |
| Номера контактных телефонов и факсов |  |
| Адрес электронной почты, почтовый адрес (при наличии) |  |
| Дата оформления Анкеты выгодоприобретателя |  |
| Дата обновления Анкеты выгодоприобретателя |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (ФИО, должность Руководителя) (подпись)

М.П.

*Или*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО сотрудника осуществившего (должность) (подпись)

идентификацию Клиента/обновление сведений о нем/

уполномоченного сотрудника Клирингового центра)

« »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

 (дата)

###