**АНКЕТА ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ – ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА**

**иностранной структуры без образования юридического лица**

|  |
| --- |
| Данные о **КЛИЕНТЕ** НКО-ЦК «Клиринговый центр МФБ» (АО) |
| Наименование Клиента по операции (сделке) которого необходимо идентифицировать выгодоприобретателя |  |
| Данные о **ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕ** |
| Наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и (или) сокращенное) и на иностранных языках (полное и (или) сокращенное) (при наличии) |  |
| Организационно - правовая форма  |  |
| Идентификационный номер налогоплательщика - для резидента; идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации, присвоенный до 24 декабря 2010 года, либо идентификационный номер налогоплательщика, присвоенный после 24 декабря 2010 года, - для нерезидента |  |
| Основной государственный регистрационный номер - для резидента |  |
| Номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации - для нерезидента |  |
| Место государственной регистрации (местонахождение) |  |
| Адрес юридического лица |  |
| В отношении иностранных структур без образования юридического лица: |
| Код (коды) (при наличии) иностранной структуры без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) в качестве налогоплательщика (или его (их) аналоги) |  |
| Регистрационный номер (номера) (при наличии), присвоенный иностранной структуре без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) при регистрации (инкорпорации) |  |
| Место ведения основной деятельности  |  |
| 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 принятия решения)