|  |
| --- |
| **Сведения о принадлежности Клиента, его представителя, бенефициарного владельца, выгодоприобретателя к публичным должностным лицам** **(лицам, указанным в п/п 1 п. 1 ст. 7.3 Федерального закона от 07.08.2001г. N 115-ФЗ)** |
| Являетесь ли Вы лицом, замещающим (занимающим) государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Центрального банка РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ? |  ДА / НЕТЕсли «ДА», то укажите Вашу должность, наименование и адрес работодателя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Являетесь ли Вы должностным лицом публичной международной организации? |  ДА / НЕТЕсли «ДА», то укажите Вашу должность, наименование и адрес работодателя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом? |  ДА / НЕТЕсли «ДА», то укажите Вашу должность, наименование и адрес работодателя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Состоите ли Вы в родстве с лицами, перечисленными выше и указанными в п/п 1 п. 1 ст. 7.3 Федерального закона от 07.08.2001 г.N 115-ФЗ? |  ДА / НЕТЕсли «ДА», то укажите степень родства, либо статус (супруг или супруга по отношению к лицу, указанному в п/п 1 п. 1 ст. 7.3 Федерального закона от 07.08.2001 г. N 115-ФЗ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Подтверждаю, что информация, приведенная в настоящей анкете, является полной и достоверной. Обязуюсь в письменной форме незамедлительно информировать Клиринговый центр обо всех изменениях предоставленной информации.

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

 (ФИО) (подпись)

*Или*

*ФИО, должность сотрудника Клирингового центра,*

*Заполнившего анкету* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/