**АНКЕТА ПРЕДСТАВИТЕЛЯ КЛИЕНТА – ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА,**

**иностранной структуры без образования юридического лица**

|  |  |
| --- | --- |
| **Представляемое лицо**(наименование Клиента Клирингового центра): |  |
| 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  |  |
| Наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия представителя Клиента |  |
| Дата оформления Анкеты представителя |  |
| Дата обновления Анкеты представителя |  |

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

 (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)