**Форма А-01**

**АНКЕТА УЧАСТНИКА КЛИРИНГА (юридического лица,** **созданного в соответствии с законодательством Российской Федерации)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Полное наименование организации (в соответствии с Уставом):** |  |
| **Краткое наименование организации (в соответствии с Уставом):** |  |
| **Место нахождения:** |  |
| **Адрес для направления корреспонденции (почтовый):** |  |
| **Телефон:** |  |
| **Электронная почта:** |  |
| **Работники, курирующие вопросы проведения клиринговых операций:*** **Ф.И.О.(полностью)**
* **должность**
* **контактные телефоны**
* **адрес электронной почты**
 |  |
| **Контакты для направления реквизитных заявок:**  **-телефон** **-адрес электронной почты** |  |
| **Основной государственный регистрационный номер (ОГРН):** |  |
| **Дата государственной регистрации юридического лица:** |  |
| **ИНН:** |  |
| **КПП:** |  |
| **Код ОКВЭД:** |  |
| **Руководитель организации (­­­ФИО):** |  |
| **в соответствии с положениями Закона № 173-ФЗ и FATCA** |
| **Содержание вопроса** | **Примечания** |
| Вы являетесь юридическим лицом, созданным в соответствии с законодательством Российской Федерации, более 90% акций (долей) уставного капитала которого прямо или косвенно контролируются Российской Федерацией и/или гражданами Российской Федерации, не имеющими одновременно с гражданством Российской Федерации гражданство иностранного государства, не являющегося членом Таможенного союза, или не имеющими вид на жительство в иностранном государстве[ ] ДА [ ] НЕТ | Если Вы ответили «НЕТ», **обязательно** заполните Опросный лист юридического лица по форме, предусмотренной Критериями отнесения клиентов АО «СПбМТСБ» к категории клиента – иностранного налогоплательщика (в соответствии с положениями Закона № 173-ФЗ и FATCA).Если Вы ответили «ДА», заполнение Опросного листа юридического лица (в соответствии с положениями Закона № 173-ФЗ и FATCA) **не требуется**. |
| [ ]  Подтверждаем, что представленная информация является достоверной.[ ]  Обязуемся в случае изменения представленной информации предоставить в АО «СПбМТСБ» обновленную информацию не позднее 10 рабочих дней с момента ее изменения. |  |

**Подпись Участника клиринга:** **/**

**наименование должности, ФИО уполномоченного лица Организации**

 **М.П. «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.**