

Do umowy numer:

Wersja: 2/2020

Firma/Nazwa:

Struktura własności

Klient

Imię i nazwisko	Państwo	Dzielić (%)			

Przedmiot prowadzonej działalności gospodarczej:	<input type="text"/>		
Www:	<input type="text"/>	Klient referencyjny: ¹⁾	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
LEI:	<input type="text"/>	EMIR: ²⁾	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
ID Skrzynki danych:	<input type="text"/>	Zgoda na przekazywanie dostępu do OLB za pośrednictwem skrzynki danych:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Beneficjent rzeczywisty 1

Imię i nazwisko:	<input type="text"/>	Data urodzenia:	<input type="text"/>	Miejsce urodzenia:	<input type="text"/>
Adres:	<input type="text"/>			Państwo:	<input type="text"/>
Rezydencja podatkowa:	<input type="text"/>	NIP (US/TIN):	<input type="text"/>		
OEP: ³⁾	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				

Beneficjent rzeczywisty 2

Imię i nazwisko:	<input type="text"/>	Data urodzenia:	<input type="text"/>	Miejsce urodzenia:	<input type="text"/>
Adres:	<input type="text"/>			Państwo:	<input type="text"/>
Rezydencja podatkowa:	<input type="text"/>	NIP (US/TIN):	<input type="text"/>		
OEP: ³⁾	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				

Beneficjent rzeczywisty 3

Imię i nazwisko:	<input type="text"/>	Data urodzenia:	<input type="text"/>	Miejsce urodzenia:	<input type="text"/>
Adres:	<input type="text"/>			Państwo:	<input type="text"/>
Rezydencja podatkowa:	<input type="text"/>	NIP (US/TIN):	<input type="text"/>		
OEP: ³⁾	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				

Beneficjent rzeczywisty 4

Imię i nazwisko:	<input type="text"/>	Data urodzenia:	<input type="text"/>	Miejsce urodzenia:	<input type="text"/>
Adres:	<input type="text"/>			Państwo:	<input type="text"/>
Rezydencja podatkowa:	<input type="text"/>	NIP (US/TIN):	<input type="text"/>		
OEP: ³⁾	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				

W imieniu Klienta

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię i nazwisko	Imię i nazwisko	Imię i nazwisko
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Funkcja	Funkcja	Funkcja
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Podpis	Podpis	Podpis
Miejscowość: <input type="text"/>	Miejscowość: <input type="text"/>	Miejscowość: <input type="text"/>
Dnia: <input type="text"/>	Dnia: <input type="text"/>	Dnia: <input type="text"/>

¹⁾ Zgoda na ujawnianie nazwy swojej firmy, nazwy lub imienia i nazwiska w związku z obowiązkiem zgłoszeniowym leżącym po stronie AKCENTY.

²⁾ Zgoda Klienta dotycząca upoważnienia AKCENTY, aby w imieniu Klienta i na jego rachunek spełniała obowiązek zgłoszeniowy według EMIR zgodnie z zapisami art. IV ust. 5 niniejszej Umowy.

³⁾ Oświadczenie beneficjenta dotyczące jego, jako osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne, zgodnie z interpretacją tego pojęcia zawartej w art. II OWH.