

صندوق سرمایه‌گذاری اختصاصی بازارگردان صبانیک

ثبت شده به شماره ۱۱۳۵۹ نزد سازمان بورس و اوراق بهادار

فرم درخواست ابطال تمام / قسمتی از واحدهای سرمایه‌گذاری مربوط به عملیات بازارگردانی شرکت سرمایه‌گذاری صنعت بیمه

شماره سریال:

تاریخ:

شعبه:

درخواست می‌شود تا تعداد(به عدد).....(به حروف) واحد سرمایه‌گذاری مربوط به عملیات بازارگردانی شرکت سرمایه‌گذاری صنعت بیمه متعلق به سرمایه‌گذار با مشخصات زیر ابطال گردد و وجوه حاصل طبق مفاد اساسنامه و امیدنامه صندوق و مقررات مربوطه به حساب بانکی سرمایه‌گذار واریز شود:

مشخصات سرمایه‌گذار:

☐ شخص حقیقی: نام و نام خانوادگی..... شماره شناسنامه..... محل صدور..... شماره ملی.....
☐ شخص حقوقی: نام..... شماره ثبت..... محل ثبت..... شناسه ملی.....

مشخصات گواهی سرمایه‌گذاری پیوست شده:

شرکت موضوع عملیات بازارگردانی	نوع واحد سرمایه‌گذاری	تعداد واحد سرمایه‌گذاری	شماره سریال	تاریخ صدور

نام و نام خانوادگی تکمیل‌کننده فرم	امضاء تکمیل‌کننده

تکمیل‌کننده این فرم را در مربع مربوطه در زیر مشخص کنید:

شخص سرمایه‌گذار ☐ وکیل سرمایه‌گذار ☐ ولی سرمایه‌گذار ☐ قیم سرمایه‌گذار ☐ نماینده سرمایه‌گذار ☐

توضیح: در صورتی‌که این فرم به وسیله وکیل، ولی، قیم یا نماینده سرمایه‌گذار تکمیل شده‌است، مشخصات وکیل، ولی، قیم یا نماینده سرمایه‌گذار باید طی فرم مشخصات سرمایه‌گذار ارائه شده‌باشد.

محل تأیید هویت و امضای تکمیل‌کننده فرم: (این قسمت توسط نماینده مدیر در شعبه، دفترخانه اسناد رسمی، سفارت یا کنسولگری ایران در خارج از کشور یا مراجعی که به این منظور در سایر کشورها تعیین شده‌اند، تکمیل و تأیید شود).
هویت و امضای تکمیل‌کننده فرم به شرح فوق مورد تأیید است .

امضاء و مهر

نام و نام خانوادگی