

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 بیمه نوین

شماره سریال:

تاریخ:

شعبه کد

درخواست می‌شود تا تعداد(به عدد).....(به حروف) واحد سرمایه‌گذاری مربوط به عملیات بازارگردانی شرکت بیمه نوین 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 صورتی که 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