|  |  |
| --- | --- |
| № исх. \_\_\_\_\_\_\_ От \_\_\_\_\_\_\_\_ О получении выписки из реестра лицензий на осуществление клиринговой деятельности |  Департамент допускаи прекращения деятельности финансовых организаций |

 **Запрос**

Полное наименование юридического лица (сокращенное наименование
(при наличии), адрес согласно ЕГРЮЛ, ИНН, ОГРН, номер телефона) *для юридического лица*

ФИО физического лица, запрашивающего информацию (ИНН, адрес регистрации по месту жительства и(или) адрес электронной почты, номер телефона) *для физического лица*

просит предоставить выписку из реестра лицензий на осуществление клиринговой деятельности

в отношении полное наименование юридического лица (сокращенное наименование (при наличии), ИНН, ОГРН).

|  |  |
| --- | --- |
| Единоличный исполнительный орган (для юридического лица) ФИО (для физического лица)  |  ФИО Подпись Печать (при наличии)  Подпись |