ЗАЯВЛЕНИЕ О РАСТОРЖЕНИИ ДОГОВОРА ИНКАССАЦИИ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ КЛИЕНТОМ

Наименование заявителя (далее – Клиент): _____

(указывается полное наименование в соответствии с учредительными документами)

_____

Адрес местонахождения (юридический адрес):_____

_____

(адрес юридического лица, указанный в ЕГРЮЛ; адрес места жительства (места пребывания) индивидуального предпринимателя или физического лица, занимающегося в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой)

Почтовый адрес_____

Контактный телефон Клиента: _____

Адрес электронной почты Клиента (e-mail): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Расчетный счет Клиента открытый в Банке | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Договор инкассации №_____ от _____ _____20__ г.

Настоящим Клиент в лице (уполномоченного представителя Клиента)_____

(должность, фамилия, имя, отчество уполномоченного представителя Клиента)

_____,действующего (ей) на основании

_____

(наименование документа – Устав, Доверенность, иной соответствующий документ)

просит расторгнуть договор инкассации с _____20___ г.

_____ _____ /_____/

Дата *подпись* *Фамилия, И.О.*

М.П. Клиента

ЗАПОЛНЯЕТСЯ БАНКОМ

АКБ «Алмазэргиэнбанк» АО, 677000, Республика Саха (Якутия), г. Якутск, пр. Ленина, 1

ОГРН 1031403918138 **ИНН** 1435138944 **БИК** 049805770**Корр.счет**30101810300000000770 **в Отделении-НБ РС(Я)**

Заявление принял, идентификацию Клиента осуществил, подпись лица, уполномоченного на расторжение Договора инкассации, проверил.

_____ _____ 20___ г. _____ _____/ _____/

дата *Должность сотрудника, принявшего Заявление* *подпись* *ФамилияИ.О.*