

**Акционерный Коммерческий Банк  
«Н О В И К О М Б А Н К»  
акционерное общество**

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОТКРЫТИЕ АККРЕДИТИВА**

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество плательщика)

**ИНН\*** \_\_\_\_\_

**Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания\***

**Поручаю открыть аккредитив на следующих условиях:**

Сумма платежа (цифрами и прописью):	
Вид аккредитива (отзывный или безотзывный):	
Наименование плательщика:	
Расчетный счет плательщика:	
ИНН плательщика:	
Наименование Банка-эмитента:	
БИК Банка-эмитента, номер корресп.счета:	
Наименование получателя средств:	
Расчетный счет получателя:	
ИНН получателя:	
Наименование Банка получателя средств:	
БИК Банка получателя, номер корресп.счета:	
Наименование исполняющего Банка:	
БИК исполняющего Банка, номер корресп.счета:	
Срок действия аккредитива:	
Дата закрытия аккредитива:	
Период представления документов:	

**Перечень предоставляемых документов**

(полное и точное наименование документов, требования к оформлению, характеристика документов): \_\_\_\_\_

**Цель открытия аккредитива**

(оплата товаров, работ, услуг, недвижимого имущества, иные цели в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации): \_\_\_\_\_ -

**Дополнительные условия**

(представление документов, подтверждающих совершение сделки; способ транспортировки, другие условия, предусмотренные основным договором): \_\_\_\_\_

Я \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество плательщика) настоящим предоставляю Банку заранее данный акцепт на списание со счета № \_\_\_\_\_ (далее – Счет) сумм покрытия, комиссий и расходов, связанных с данным аккредитивом, без каких-либо дополнительных Распоряжений с моей стороны. При отсутствии/недостаточности денежных средств на Счете разрешаю Банку произвести списание с принадлежащих мне других банковских счетов, находящихся в Банке. Я подтверждаю, что в случае отсутствия/недостаточности на Счете и/или на иных моих банковских счетах в Банке денежных средств для списания покрытия по аккредитиву, а также комиссий и расходов, связанных с указанным аккредитивом, в течение 10 (десяти) календарных дней, следующих за днем подачи настоящего Распоряжения, Банк имеет право не открывать Аккредитив. За данный вид услуг Банк удерживает комиссионный сбор в соответствии с действующими Тарифами Банка.

С тарифами АО АКБ «НОВИКОМБАНК» ознакомлен(а) и считаю их обязательными.  
Совершаемая операция не связана с осуществлением предпринимательской деятельности и/или частной практикой.

Я подтверждаю, что вся информация, указанная в настоящем Распоряжении, является точной и полной.  
Аккредитив соответствует требованиям Положения ЦБ Российской Федерации от 29.06.2021№ 762-П  
«О ПРАВИЛАХ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПЕРЕВОДА ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ».

Информацию по вопросам, связанным с работой в рамках данного Аккредитива, направлять \_\_\_\_\_(указать способы предоставления информации  
адрес.

Подпись Клиента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
20\_\_ г.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

#### ОТМЕТКИ БАНКА

<b>1. Распоряжение принято к рассмотрению.</b>		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
<b>2. Данные плательщика соответствуют паспортным данным.</b>		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
<b>3. Подпись проверена, соответствует образцу в ЗБО/соответствующем договоре.</b>		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
<b>4. Сальдо счета позволяет</b>		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
<b>Подпись, дата, Фамилия и инициалы работника, принявшего Распоряжение</b>		Место штампа
Номер счета для покрытого аккредитива 40901 (укажите):		
<b>Для аккредитивов без покрытия</b>	<b>Категория качества (укажите):</b>	
	<b>Ставка резервирования (укажите):</b>	
Иная информация		

\* указывается имеющаяся информация по любому из пунктов