Керівнику КНЕДП АБ «УКРГАЗБАНК»

Туркалову С.В.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім’я та по батькові заявника)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адреса реєстрації або проживання заявника)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серія \_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(назва, серія, номер документу, який посвідчує особу заявника)

виданий «\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(назва органу, який видав документу, що посвідчує особу заявника)

контактний тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **ЗАЯВА** |
| **про зміну статусу кваліфікованих сертифікатів відкритих ключів** |
| Заповнюється українською мовою, друкованими літерами (ручкою синього кольору або у друкованому вигляді) на одному аркуші паперу (двосторонній друк). та приймається до розгляду, якщо немає виправлень, дописок чи необумовлених зауважень (заповнення олівцем не допускається) |
|   |
| **Розділ 1. Реквізити замовника** |
| Повне найменування юридичної особи (філії) або ПІБ фізичної-особи підприємця чи фізичної особи: |
|   |
|   |
|   |
| Код ЄДРПОУ або реєстраційний номер облікової картки платника податків: |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Відповідно до Регламенту роботи КНЕДП АБ «УКРГАЗБАНК», прошу внести зміни до статусу кваліфікованого(их) сертифікату(ів) згідно з даними, вказаними в цій заяві. |
| **Розділ 2. Зміна статусу кваліфікованого(их) сертифікату(ів) (оберіть один із варіантів)** |
|  |  |  **СКАСУВАТИ** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

 |  | **ЗАБЛОКУВАТИ** |  |

|  |
| --- |
|  |

 |  | **ПОНОВИТИ** |
|   |
|  **Дані для зміни статусу сертифікатів (оберіть один з варіантів)** |
| 1 |

|  |
| --- |
|   |

 |   | – усі сертифікати заявника |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
| Причина скасування/блокування кваліфікованого(их) сертифіката(ів) (заповнюється обов'язково): |
|   |
|   |
| 2 |

|  |
| --- |
|   |

 |   | – сертифікат, зазначений нижче: |   |
| ПІБ користувача або найменування електронної печатки: |   |
|   |
| Серійний номер кваліфікованого сертифіката: |   |
|   |
| Причина скасування/блокування кваліфікованого(их) сертифіката(ів) (заповнюється обов'язково): |
|   |
|  |
| **УВАГА! Підписавши цю Заяву, Ви підтверджуєте достовірність та правильність зазначеної вище інформації.** |
| **Заява приймається до розгляду протягом п'яти робочих днів з дня її підписання.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ***«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р.*** | ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** | *МП* | ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
| *Дата* |  | *Підпис замовника* |  | *Ініціали, ПРІЗВИЩЕ* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Даний блок заповнюється представником АБ «УКРГАЗБАНК»** |
| Причина відмови |  |
|   |
| ***«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р.*** | ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  | *Дата* | *Підпис представника АБ «УКРГАЗБАНК»* | *Ініціали, прізвище* |