

## ЗАЯВЛЕНИЕ

об изменении прав доступа/регистрационных данных  
Уполномоченных лиц в системе «Альфа-Finance»

(Далее – Участник ЭДО),

*(полное наименование юридического лица/ фамилия, имя, отчество (если имеется) индивидуального предпринимателя/  
физического лица, занимающегося частной практикой)*

ИНН (КИО): \_\_\_\_\_

ПРОШУ:	ФИО	РОЛЬ
<input type="checkbox"/> Подключить <input type="checkbox"/> Отключить <input type="checkbox"/> Заблокировать <input type="checkbox"/> Разблокировать <input type="checkbox"/> Изменить <sup>1</sup>		<input type="checkbox"/> «Поставщик с правом подписания ЭД» <input type="checkbox"/> «Поставщик» <input type="checkbox"/> «Дебитор с правом подписания ЭД» <input type="checkbox"/> «Дебитор»
	ДУЛ	СНИЛС
		_ _ _  -  _ _ _  -  _ _ _ _ _ _ _ _
	НОМЕР ТЕЛЕФОНА <sup>2</sup>	Е-MAIL <sup>3</sup>
	+ 7 ( ___ ) _____	_____ @ _____

*(Количество, назначаемых Уполномоченных лиц, не ограничено. В случае необходимости требуется дополнить данную форму Заявления, соответствующим количеством табличных форм)*

ПРОШУ:	ФИО	РОЛЬ
<input type="checkbox"/> Подключить <input type="checkbox"/> Отключить <input type="checkbox"/> Заблокировать <input type="checkbox"/> Разблокировать <input type="checkbox"/> Изменить		<input type="checkbox"/> «Поставщик с правом подписания ЭД» <input type="checkbox"/> «Поставщик» <input type="checkbox"/> «Дебитор с правом подписания ЭД» <input type="checkbox"/> «Дебитор»
	ДУЛ	СНИЛС
		_ _ _  -  _ _ _  -  _ _ _ _ _ _ _ _
	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	Е-MAIL
	+ 7 ( ___ ) _____	_____ @ _____

Сведения о документах/копии документов, удостоверяющие личность УЛ, заверенные должным образом прилагаем (кол-во листов - \_\_\_).

Участник ЭДО подтверждает Банку наличие у УЛ Участника ЭДО в течение срока действия Договора полномочий на работу с ЭД Участника ЭДО в Системе, получение информации о взаиморасчетах и факторинговых операциях Участника ЭДО, подключение дополнительных услуг

<sup>1</sup> При изменении ФИО /ДУЛ заполняются ранее действующие данные, копии документов, подтверждающих изменения, прилагаются.

<sup>2</sup> Указывается номер мобильного телефона Уполномоченного лица. Регистрации подлежат только номера формата GSM, с кодом страны +7.

<sup>3</sup> Указывается адрес электронной почты, который используется для связи с Уполномоченным лицом. Не более 35 символов.

(функциональных возможностей) Системы, подписание и передачу в Банк по Системе ЭД Участника ЭДО, используя ЭП согласно установленным Участником ЭДО роли и правилам подписания электронных документов в Системе.

\_\_\_\_\_

*(Участник ЭДО/Представитель Участника ЭДО)<sup>4</sup>*

\_\_\_\_\_

*(подпись)*

\_\_\_\_\_

*(фамилия, инициалы)*

**М.П.**

---

**Отметки Банка:**

*Заявление проверил:*

\_\_\_\_\_

*(должность)*

\_\_\_\_\_

*(фамилия, инициалы)*

\_\_\_\_\_

*(подпись)*

**Настоящее Заявление о назначении/изменении прав доступа/регистрационных данных Уполномоченных лиц в системе «Альфа-Finance» принято \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20\_\_ года**  
*(дата)*

\_\_\_\_\_

*(наименование территориального подразделения Банка, принявшего Заявление о назначении/изменении прав доступа/регистрационных данных Уполномоченных лиц в системе «Альфа-Finance»)*

\_\_\_\_\_

*(должность руководителя территориального подразделения Банка)*

\_\_\_\_\_

*(подпись)*

\_\_\_\_\_

*(фамилия, инициалы)*

---

<sup>4</sup> Не заполняется в случае подписания документа электронной подписью Участника ЭДО в системе «Альфа-Бизнес Онлайн»