

до Пропозиції АТ «БАНК АЛЬЯНС» на укладення Договору про надання кваліфікованих електронних довірчих послуг для клієнтів АТ «БАНК АЛЬЯНС»
ЗАЯВА

про формування/блокування/поновлення/скасування кваліфікованого сертифікату електронного підпису

Заява заповнюється в оригінальному примірнику українською мовою
використання факсимільного відтворення підписів НЕ ДОПУСКАЄТЬСЯ

Вид сертифіката: Кваліфікований сертифікат електронного підпису

Формування кваліфікованого сертифікату електронного підпису	<input type="checkbox"/>
Блокування кваліфікованого сертифікату електронного підпису	<input type="checkbox"/>
Поновлення кваліфікованого сертифікату електронного підпису	<input type="checkbox"/>
Скасування кваліфікованого сертифікату електронного підпису	<input type="checkbox"/>

Статус власника кваліфікованого сертифіката (Заявника/ Підписувача):

Юридична особа \ Представник ЮО	<input type="checkbox"/>
Фізична особа-підприємець	<input type="checkbox"/>
Фізична особа (представник ЮО)	<input type="checkbox"/>
Особа, що провадить незалежну професійну діяльність (приватний нотаріус, адвокат, тощо) / Свідоцтво про реєстрацію, дозвіл, сертифікат, посвідчення	<input type="checkbox"/> \

Ідентифікаційні дані Заявника:

Найменування	
Код ЄДРПОУ/РНОКПП	
Юридична адреса	
Документи, що ідентифікують Представника Заявника та підтверджують його повноваження (напр. довіреність/статут), який звернувся за отриманням кваліфікованих сертифікатів ключів;	

Ідентифікаційні дані власника кваліфікованого сертифіката (Підписувача):

Прізвище	
Ім'я	
По батькові (за наявності)	
РНОКПП	
Серія та номер паспорта громадянина України (номер паспорта виготовленого у формі картки, що містить безконтактний електронний носій)(для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовилися від прийняття РНОКПП та повідомили про це відповідний контролюючий орган та мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією таномером паспорта)	
Телефон власника кваліфікованого сертифіката (Підписувача)	
Посада власника кваліфікованого сертифіката (Підписувача)	
e-mail	
Ключова фраза голосової автентифікації (у разі формування кваліфікованого сертифікату електронного підпису) (заповнюється Підписувачем)	
Надаю згоду на публікацію сертифікатів на загальнодоступному ресурсі КНЕДП	TAK <input checked="" type="checkbox"/> \ NI <input type="checkbox"/>
Строк чинності сертифіката	1 рік
Зберігати ключ в депозитарії особистих ключів Криптомодулі мережному «Шифр-HSM»	TAK <input checked="" type="checkbox"/> \ NI <input type="checkbox"/>

Власник (Підписувач) своїм підписом на даній Заяві підтверджує достовірність та повноту наданої інформації, ознайомлення та згоду з умовами Договору про надання кваліфікованих електронних довірчих послуг, Регламенту кваліфікованого надавача електронних довірчих послуг АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «БАНК АЛЬЯНС» розміщених на офіційному інформаційному ресурсі Надавача за адресою: <https://ca.bankalliance.ua/uk>, а також своє зобов'язання щодо їх виконання.

У разі оформлення заяви в електронній формі відомості про дату, ПІБ підписувачів встановлюються відповідно до реквізитів сертифіката та дати накладання КЕП.

У разі заповнення заяви на паперовому носії, наступні поля обов'язкові для заповнення:

Підписувач:

(Підпис)

(Ініціали, Прізвище)

Дата: _____ 202_

Заяву зареєстровано

Ідентифікацію та верифікацію Підписувача здійснено.

202_

(Дата)

(Підпис)

Представник Банку
Посада/ ПІБ