**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1**

**ΕΝΤΥΠΟ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΟΡΙΣΜΟΥ/ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ/ ΛΥΣΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΥΝΔΕΔΕΜΕΝΟΥ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ**

**(ΠΕΕ 146/13.7.2018)**

**Τύπος κοινοποίησης: Ορισμός** **[ ]  Μεταβολή** **[ ]  Λύση συνεργασίας** **[ ]**

**Α. Πιστωτικό ίδρυμα για λογαριασμό του οποίου ενεργεί ο συνδεδεμένος αντιπρόσωπος**

Επωνυμία:

Έδρα (Οδός, Αριθμός, ΤΚ, Δήμος, Ελλάδα):

Υπεύθυνος επικοινωνίας:

Στοιχεία επικοινωνίας υπεύθυνου επικοινωνίας:

Διεύθυνση:       Τηλέφωνο:       FAX:       e-mail:

Αριθμός της σύμβασης συνεργασίας του πιστωτικού ιδρύματος με τον συνδεδεμένο αντιπρόσωπο:

**Β. Γενικές πληροφορίες για τον συνδεδεμένο αντιπρόσωπο**

**1. Εφόσον πρόκειται για νομικό πρόσωπο**

| **ΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ** | Επωνυμία:        |
| --- | --- |
| Διακριτικός τίτλος :       |
| Διεύθυνση έδρας (Οδός, Αριθμός, ΤΚ, Δήμος, Ελλάδα):      |
| ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ.:       |
| Α.Φ.Μ.:        |
| Δ.Ο.Υ.:        |

| **ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ** | Ονοματεπώνυμο και όνομα πατρός:        |
| --- | --- |
| Ημερομηνία γέννησης:       |
| Τόπος γέννησης:        |
| Α.Δ.Τ.:       |
| Α.Φ.Μ.:       |
| Δ.Ο.Υ.:       |
| Διεύθυνση (Οδός, Αριθμός, ΤΚ, Δήμος, Ελλάδα):       |
| Τηλέφωνο:       FAX:      e-mail:       |
| **ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ (συμπληρώνεται μόνο εφόσον δεν ταυτίζεται με τον νόμιμο εκπρόσωπο)** | Ονοματεπώνυμο και όνομα πατρός:        |
| Διεύθυνση (Οδός, Αριθμός, ΤΚ, Δήμος, Ελλάδα):       |
| Τηλέφωνο:       FAX:       e-mail:        |

**2. Εφόσον πρόκειται για φυσικό πρόσωπο**

Ονοματεπώνυμο και όνομα πατρός:

Ημερομηνία γέννησης:

Τόπος γέννησης:

Α.Δ.Τ.:

Α.Φ.Μ.:

Δ.Ο.Υ.:

Διεύθυνση (Οδός, Αριθμός, ΤΚ, Δήμος, Ελλάδα):

Στοιχεία επικοινωνίας: Τηλέφωνο:       FAX:       e-mail:

**Γ. Υπηρεσίες ή δραστηριότητες που πρόκειται να παρέχει ο συγκεκριμένος συνδεδεμένος αντιπρόσωπος**

Προώθηση επενδυτικών υπηρεσιών ή δραστηριοτήτων πιστωτικού ιδρύματος [ ]

Προσέλκυση πελατείας [ ]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Επενδυτικές υπηρεσίες και δραστηριότητες του τμήματος Α του Παραρτήματος Ι του ν. 4514/2018 οι οποίες αφορούν οποιοδήποτε από τα χρηματοπιστωτικά μέσα που απαριθμούνται στο τμήμα Γ του ίδιου Παραρτήματος |
| Χρηματοπιστωτικά μέσα  |  | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 | A8 | A9 |
|  | Γ1 |[ ]   |  |  |[ ]   |[ ]   |  |
|  | Γ2 |[ ]   |  |  |[ ]   |[ ]   |  |
|  | Γ3 |[ ]   |  |  |[ ]   |[ ]   |  |
|  | Γ4 |[ ]   |  |  |[ ]   |[ ]   |  |
|  | Γ5 |[ ]   |  |  |[ ]   |[ ]   |  |
|  | Γ6 |[ ]   |  |  |[ ]   |[ ]   |  |
|  | Γ7 |[ ]   |  |  |[ ]   |[ ]   |  |
|  | Γ8 |[ ]   |  |  |[ ]   |[ ]   |  |
|  | Γ9 |[ ]   |  |  |[ ]   |[ ]   |  |
|  | Γ10 |[ ]   |  |  |[ ]   |[ ]   |  |
|  | Γ11 |[ ]   |  |  |[ ]   |[ ]   |  |

**Δ. Η παρούσα Ενότητα συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση λύσης της συνεργασίας με τον συνδεδεμένο αντιπρόσωπο**

Όνομα υπεύθυνου για τη λύση:

Ημερομηνία από την οποία θα ισχύει η λύση:

Περιγραφή του χρονοδιαγράμματος για τη λύση:

Πληροφορίες για τις διαδικασίες λύσης της συνεργασίας των επιχειρηματικών δραστηριοτήτων, καθώς και λεπτομέρειες για τον τρόπο προστασίας των συμφερόντων των πελατών, επίλυσης καταγγελιών και απαλλαγής από τυχόν εκκρεμείς υποθέσεις:

**E. Δήλωση πιστωτικού ιδρύματος**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η:

1. βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που παρέχονται στο παρόν έντυπο είναι ακριβείς και πλήρεις,
2. βεβαιώνω ότι το πιστωτικό ίδρυμα θα ενημερώσει άμεσα και εγγράφως την Τράπεζα της Ελλάδος εάν υπάρξει μεταβολή ως προς τις παρεχόμενες πληροφορίες,
3. επιβεβαιώνω ότι είμαι νομίμως εξουσιοδοτημένος/η να υπογράψω το παρόν εκ μέρους του πιστωτικού ιδρύματος και επισυνάπτω τα οικεία νομιμοποιητικά έγγραφα.

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο:       | Υπογραφή:       |
| Θέση:       | Ημερομηνία:       |

**ΣΤ. Δήλωση - Εξουσιοδότηση φυσικών προσώπων, των οποίων προσωπικά δεδομένα - στοιχεία περιλαμβάνονται στο παρόν**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η       δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1. Με το παρόν και έχοντας πλήρη επίγνωση των έννομων συνεπειών, δίνω τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου για τη συλλογή, διασύνδεση, συσχέτιση και επεξεργασία των αρχείων που περιέχουν τα προσωπικά μου στοιχεία, τα οποία τηρούνται στην Τράπεζα της Ελλάδος, καθώς και για τη διαβίβαση των εν λόγω δεδομένων σύμφωνα με τους ορισμούς του ισχύοντος θεσμικού πλαισίου.
2. Αυτή η δήλωση καταλαμβάνει τόσο τα παρόντα όσο και τυχόν μελλοντικά στοιχεία και πληροφορίες σχετικά με το άτομό μου, τα οποία συγκεντρώνονται για εποπτικούς σκοπούς.

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο:       | Υπογραφή:            |
| Θέση:       | Ημερομηνία:       |

Η παρούσα γνωστοποίηση υποβάλλεται σε κλειστό φάκελο στην παρακάτω διεύθυνση:

ΤΡΑΠΕΖΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Διεύθυνση Εποπτείας Πιστωτικού Συστήματος

Ελευθερίου Βενιζέλου 21

102 50, Αθήνα

Tηλ. Επικοινωνίας: +30 210 3205019

Αριθμός fax: +30 210 3205400

E-MAIL: dep.bankingsupervision@bankofgreece.gr

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ: www.bankofgreece.gr