

|  |
| --- |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ НА ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ АККРЕДИТИВА** |
| Номер аккредитива |  | Дата аккредитива |  | **АО Банк «ФИНАМ»**  |
| Сумма цифрами |  |
| Суммапрописью |  |
| Счет покрытия | 40901810\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  ИНН |  | Сч. № |  |
| (Юридическое лицо – полное наименование, ИНН;Индивидуальный предприниматель – ФИО, ИНН)Плательщик |
| **Прошу внести следующие изменения в условия аккредитива1:** |
| **Срок действия аккредитива:**  |
| **Назначение платежа:**  |
| **Перечень документов, которые должны быть представлены по аккредитиву, и требования к ним:** |
| **Срок представления документов Исполняющий банк:** |
| Необходимость подтверждения (при наличии) | 🞎 требуется  | 🞎 не требуется |
| Отказ Получателя от использования аккредитива | 🞎 возможен  | 🞎 невозможен |
| Отзыв аккредитива  | 🞎 возможен  | 🞎 невозможен |
| **Порядок оплаты комиссионного вознаграждения:*** Комиссию за проверку документов/раскрытие аккредитива в соответствии с Тарифами Банка оплачивает \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_со счета № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, открытого в АО «Банк ФИНАМ».
* Комиссию за проверку документов/раскрытие аккредитива в соответствии с Тарифами Банка

оплачивает \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ со счета № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, открытого в АО «Банк ФИНАМ». |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Подпись Плательщика | ✓ | **/** |  |
| М.П. | *подпись* |  | *Наименование / ФИО* |

|  |
| --- |
|  |
| **Отдел операционного обслуживания** |



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

 *указать изменения*