Додаток 2

(Оформлюється на бланку КЛІЄНТА)

**Заява**

**на засвідчення та реєстрацію відкритих ключів та ключа шифрування в Системі дистанційного обслуговування клірингових рахунків/субрахунків "Інтернет-кліринг"**

|  |  |
| --- | --- |
| №\_\_\_\_\_\_\_\_ | " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_ р. |

1. Просимо Вас засвідчити та зареєструвати відкриті ключі та ключ шифрування **в Системі дистанційного обслуговування клірингових рахунків/субрахунків "Інтернет-кліринг"** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(повне найменування Клієнта)

таким Користувачам:

* + - 1. **Користувач (Особа, яка має право підпису)\*:**

|  |  |
| --- | --- |
| Посада |  |
| Прізвище |  |
| Ім'я |  |
| По батькові |  |
| E-Mail |  |
| Контактний тел. |  |
| Діє на підставі (статут, довіреність, інше) |  |
| Зразок підпису власника відкритого ключа |  |

*Заповнюється працівником підрозділу інформаційної безпеки Розрахункового центру:*

|  |  |
| --- | --- |
| Серійний номер сертифіката/дата засвідчення |  |
| Прізвище, ініціали, підпис |  |

* + - 1. **Користувач (Особа, яка відповідальна за підпис печатки/ключ ідентифікатора Клієнта):**

|  |  |
| --- | --- |
| Повне найменування Клієнта |  |
| E-Mail |  |
| ЄДРПОУ |  |
| Прізвище, ім'я, по батькові відповідальної особи |  |
| Контактний тел. |  |
| Діє на підставі (статут, довіреність, інше) |  |

*Заповнюється працівником підрозділу інформаційної безпеки Розрахункового центру:*

|  |  |
| --- | --- |
| Серійний номер сертифіката/дата засвідчення |  |
| Прізвище, ініціали, підпис |  |

* + - 1. **Користувач (Особа, яка відповідальна за ключ шифрування):**

|  |  |
| --- | --- |
| Повне найменування Клієнта |  |
| E-Mail |  |
| ЄДРПОУ |  |
| Прізвище, ім'я, по батькові відповідальної особи |  |
| Контактний тел. |  |

*Заповнюється працівником підрозділу інформаційної безпеки Розрахункового центру:*

|  |  |
| --- | --- |
| Серійний номер сертифіката/дата засвідчення |  |
| Прізвище, ініціали, підпис |  |

Керівник Клієнта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

(підпис) (прізвище, ініціали)

\* Особи зазначені в картці із зразками підписів Клієнта. Вказується необхідна кількість осіб відповідно до картки із зразками підписів

Заповнюється працівниками Розрахункового центру

Клірингова палата

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

***(вхідний номер, дата прийому, прізвище, ініціали та підпис)***