|  |  |
| --- | --- |
|  | Акционерное общество "ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОРОДСКОЙ БАНК"(АО "ГОРБАНК"), 191186, Санкт-Петербург, Итальянская ул., д.15, лит. Ател: (812) 449 95 59, факс: (812) 449 95 99, www.gorbank.spb.ruИНН 7831001239 КПП 784101001 БИК 044030814К/с 30101810200000000814 в Северо-Западном ГУ Банка России |

|  |
| --- |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОТКРЫТИЕ АККРЕДИТИВА** |
| Номер |  | Дата |  | **АО «ГОРБАНК»** |
| Общая сумма цифрами |  |
| Общая суммапрописью |  |
|  ИНН |  | Сч. № |  |
| (Юридическое лицо – полное наименование, ИНН;Индивидуальный предприниматель – ФИО, ИНН)Плательщик |
| Банк Плательщика | БИК |  |
| Сч. № |  |
|  ИНН |  | Сч. № |  |
| Получатель первый |
| Сумма цифрами |  |
| Сумма прописью |  |
| Банк Получателя | БИК |  |
| Кор.сч. № |  |
|  ИНН |  | Сч. № |  |
| Получатель второй |
| Сумма цифрами |  |
| Сумма прописью |  |
| Банк Получателя | БИК |  |
| Кор.сч. № |  |
| Банк-эмитент | БИК |  |
| Кор.сч. № |  |
| Исполняющий банк | БИК |  |
| Кор.сч. № |  |
| Видаккредитива |  покрытый (депонированный) делимый (частичные отгрузки/выплаты разрешены)  неделимый (частичные отгрузки/выплаты запрещены) безотзывный  отзывный |
| Срок действия аккредитива | *(дата закрытия в формате ДД.ММ.ГГГГ)* |
| **Назначение платежа:**  |
| **Перечень документов, которые должны быть представлены по аккредитиву, и требования к ним:** |
| **Срок представления документов в Исполняющий банк** - в течение всего срока действия аккредитива. |
| **Дополнительные условия:** * Способ исполнения аккредитива – по предоставлении документов.
* Частичное исполнение аккредитива запрещено.
* Исполнение аккредитива третьему лицу невозможно.
 |
| Необходимость подтверждения документов Плательщиком (при наличии) |  требуется  |  не требуется  |
| **Порядок оплаты комиссионного вознаграждения за открытие аккредитива:**  за счет Получателя средств  за наш счет  за счет Получателя средств в сумме \_\_\_\_\_\_ руб \_\_\_,  за наш счет в сумме \_\_\_\_\_\_ руб \_\_\_. |
| **Специальные инструкции:** * Настоящим поручаю АО «ГОРБАНК» списать указанную в настоящем заявлении сумму денежных средств со счета, указанного в данном заявлении, и зачислить на счет покрытия, указанный в настоящем заявлении.
* Информация / уведомления по аккредитиву направляются на бумажном носителе на почтовый адрес, либо передаются на руки в офисе, где производилось открытие аккредитива.
* Настоящим даю АО «ГОРБАНК» акцепт (заранее данный акцепт) на списание со счета, открытого в АО «ГОРБАНК», денежных средств в оплату комиссий и иных расходов, понесенных Банком-эмитентом в связи с выполнением своих обязательств по аккредитиву.
* С Тарифами АО «ГОРБАНК» по осуществлению расчетов аккредитивами ознакомлен и согласен.
* Аккредитив подчиняется Гражданскому кодексу Российской Федерации, Положению Банка России от 29.06.2021 № 762-П «Положение о правилах осуществления перевода денежных средств»
 |

**Подпись Плательщика (уполномоченного представителя):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *(должность уполномоченного лица, подпись) (Ф.И.О).*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (*должность уполномоченного лица, подпись) (Ф.И.О).*

**Индивидуальный предприниматель/Адвокат/Нотариус** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Ф.И.О. полностью, подпись)*

м.п.

|  |
| --- |
| **ОТМЕТКИ БАНКА** |
| **Открыт аккредитив № \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_** |
| **Открыт счет покрытия по аккредитиву 40901810\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
|  |  |