Rockbridge

ALSTOM

ZLECENIE ZAMIANY / ODKUPIENIA*

W RAMACH PROGRAMU OSZCZĘDNOŚCIOWEGO „PRYWATNA EMERYTURA" („PROGRAM")

(wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI. Wskazane jest przekreślenie niewykorzystanych pól.)

Data i godzina (wypełnia dystrybutor)

ZLECENIE DOTYCZY / SUBFUNDUSZ ŹRÓDŁOWY

(podstawić znak X w odpowiedniej kratce)

- ☐ Rockbridge Akcji
- ☐ Rockbridge Akcji Globalnych
- ☐ Rockbridge Akcji Średnich Spółek
- ☐ Rockbridge Akcji Rynków Wschodzących
- ☐ Rockbridge Dłużny
- ☐ Rockbridge Obligacji Aktywny 1
- ☐ Rockbridge Obligacji
- ☐ Rockbridge Obligacji Aktywny 2
- ☐ Rockbridge Obligacji Korporacyjnych
- ☐ Rockbridge Growth Leaders
- ☐ Rockbridge Value Leaders
- ☐ Rockbridge Stabilnego Wzrostu
- ☐ Rockbridge Zrównoważony

☐ Rejestr składek Pracownika ☐ Rejestr składek Pracodawcy

Numer rejestru (subfundusz źródłowy)

UCZESTNIK

Imię (imiona) i nazwisko

Adres zamieszkania (ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

Adres korespondencyjny (ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

Miejsce urodzenia (państwo i miejscowość)

Obywatelstwo

PESEL (lub data urodzenia)

Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości[1]

Data wydania dokumentu tożsamości

Nr telefonu / Adres poczty elektronicznej

ZAMIANA

Kwota (zł)

lub liczba jednostek

☐ **lub wszystkie jednostki**

Kwota (słownie)

Subfundusz docelowy

- ☐ Rockbridge Akcji
- ☐ Rockbridge Akcji Globalnych
- ☐ Rockbridge Akcji Średnich Spółek
- ☐ Rockbridge Akcji Rynków Wschodzących
- ☐ Rockbridge Dłużny
- ☐ Rockbridge Obligacji Aktywny 1
- ☐ Rockbridge Obligacji
- ☐ Rockbridge Obligacji Aktywny 2
- ☐ Rockbridge Obligacji Korporacyjnych
- ☐ Rockbridge Growth Leaders
- ☐ Rockbridge Value Leaders
- ☐ Rockbridge Stabilnego Wzrostu
- ☐ Rockbridge Zrównoważony

Numer rejestru docelowego

[1] Dowód osobisty, mDowód lub Paszport (w przypadku paszportu podać dodatkowo kod kraju)

Aktualizacja: 2024.12.11 13:21

Rockbridge

ALSTOM

ODKUPIENIE

Kwota (zł)

lub liczba jednostek

☐ **lub wszystkie jednostki**

Kwota (słownie)

Instrukcje płatnicze

☐ **Płatność na rzecz Uczestnika**

☐ **Płatność na rzecz Spadkobiercy**

☐ **Płatność na rzecz Uposażonego (w przypadku realizacji dyspozycji na wypadek śmierci)**

Nazwa banku

Numer rachunku bankowego

Dane beneficjenta

Imię (imiona) i nazwisko / firma

Adres zamieszkania / siedziba (ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

PESEL / REGON

Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości[1]

Obywatelstwo

Kraj urodzenia

Data urodzenia

Datą złożenia zlecenia jest data otrzymania zlecenia przez Fundusz (Dystrybutora). Data złożenia zlecenia nie jest równoznaczna z datą jego realizacji. Niniejszym oświadczam(-y), iż umożliwiono mi (nam) zapoznanie się z treścią Statutu Funduszu.

Podpis Uczestnika

Miejscowość, data

Potwierdzam dokonanie weryfikacji tożsamości osoby składającej Zlecenie poprzez ustalenie danych identyfikacyjnych na podstawie dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby fizycznej.

Imię i nazwisko Reprezentanta

Podpis Reprezentanta

Pieczęć Pracodawcy

Wypełnia Dystrybutor

Nazwa POK

Imię i nazwisko

Podpis i pieczątka imienna pracownika POK/POUF

Stempel POK/POUF

Aktualizacja: 2024.12.11 13:21