

صندوق سرمایه گذاری مشترک یکم اکسیر فارابی

درخواست ابطال تمام / قسمتی از واحدهای سرمایه گذاری

شعبه کد شماره سریال:

تاریخ:

سرمایه گذار یا نماینده قانونی وی با امضای این فرم درخواست می نماید تا تعداد (به عدد) (به حروف) واحد سرمایه گذاری متعلق به سرمایه گذار با مشخصات زیر ابطال گردد و وجوه حاصل طبق مفاد اساسنامه و امیدنامه صندوق و مقررات مربوطه به حساب بانکی سرمایه گذار واریز شود:

مشخصات سرمایه گذار:

شخص حقیقی: نام و نام خانوادگی شماره شناسنامه محل صدور تاریخ تولد / /
شخص حقوقی: نام شخص حقوقی شماره ثبت محل ثبت تاریخ ثبت / /

مشخصات گواهی سرمایه گذاری پیوست شده:

شماره سریال تاریخ صدور تعداد واحدهای سرمایه گذاری نوع
واحدهای سرمایه گذاری

مشخصات نماینده قانونی سرمایه گذار:

نام و نام خانوادگی: فرزند: شماره شناسنامه: محل صدور:

کد ملی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 که طی وکالتنامه / معرفینامه شماره مورخ / /
به صندوق سرمایه گذاری معرفی شده است.

نام و نام خانوادگی سرمایه گذار / نماینده سرمایه گذار: امضاء

مشخصات گواهی سرمایه گذاری ارائه شده صحیح بوده و گواهی سرمایه گذاری فوق از ایشان دریافت شد.

نام و نام خانوادگی نماینده مدیر امضاء