**Identyfikacja Klienta/Osoby upoważnionej/ Beneficjenta Rzeczywistego**

**Osoba fizyczna – Właściciel\***

1. Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Obywatelstwo: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Nr PESEL lub data urodzenia, gdy nie został nadany nr PESEL), oraz państwo urodzenia: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Seria i nr dokumentu tożsamości osoby:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Adres zamieszkania:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Nazwa Firmy: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. NIP:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Adres głównego miejsca wykonywania działalności gospodarczej:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Osoba prawna/jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej\***
2. Nazwa/firma:………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

wpisana do KRS pod nr: …………………………………………………………………………………………………………………

1. Forma organizacyjna :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Adres siedziby lub adres prowadzenia działalności gospodarczej:…………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. NIP a w przypadku jego braku – państwa rejestracji, nazwy właściwego rejestru oraz numeracji   
   i daty rejestracji:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Dane identyfikacyjne osoby/osób reprezentującej/ych osobę prawną lub jednostkę organizacyjną, nieposiadającą osobowości prawnej tj. imię i nazwisko, nr PESEL lub data urodzenia, gdy nie został nadany nr PESEL, oraz państwo urodzenia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Osoba upoważniona do działania w imieniu klienta\***
2. Imię i nazwisko:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Obywatelstwo:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Nr PESEL lub data urodzenia, gdy nie został nadany nr PESEL, oraz państwo urodzenia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Seria i nr dokumentu tożsamości osoby:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Beneficjent Rzeczywisty**

Ja/my …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

niżej podpisani działający w imieniu spółki/Firmy …………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

z siedzibą w ……………………………………………., pod adresem ……………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

oświadczamy, że Beneficjentami Rzeczywistymi są następujące osoby fizyczne:

1. Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Obywatelstwo: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Nr PESEL lub data urodzenia, gdy nie został nadany nr PESEL), oraz państwo urodzenia: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Seria i nr dokumentu tożsamości osoby:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Adres zamieszkania:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Stanowisko/funkcja/ zakres sprawowanej kontroli/ zakres własności akcji/udziałów

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

i zobowiązujemy się do niezwłocznego poinformowania Funduszu w formie pisemnej   
o każdorazowych zmianach osobowych, które wystąpiły na liście Beneficjentów Rzeczywistych.

1. **Oświadczam/my, że dane złożone w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**

………………………………………………………………………

Data i podpis Klienta/osoby upoważnionej

1. **Weryfikacji i identyfikacji klienta, osoby upoważnionej, Beneficjenta Rzeczywistego dokonano na podstawie następujących dokumentów:**
2. Wyciąg z KRS/odpowiedniego rejestru/CEIDG nr …………………………………………………………………………..
3. Umowa spółki z dnia ……………………………………………………………………………………………………………………..
4. Statut spółki z dnia ………………………………………………………………………………………………………………………..
5. Dokument tożsamości nr i seria …………………………………………………………………………………………………….
6. Informacja z Centralnego Rejestru Beneficjentów Rzeczywistych z dnia ………………………………………..
7. Inne ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………

Data i podpis pracownika FRRP