Заявление
о присоединении к Правилам работы ООО «ФЕНИКС»
с агентами в целях привлечения клиентов, заинтересованных в получении банковских гарантий

Для Агента – юридического лица

Наименование юридического лица	
ИНН/КПП	
Фактический адрес	
Должность, ФИО руководителя	
Контактный телефон	
e-mail*	
Банковские реквизиты:	р/счет в банке к/сч БИК
Система налогообложения (ОСН, УСН)	

** указанный адрес электронной почты просим считать Авторизованным адресом электронной почты в терминах Правил работы ООО «ФЕНИКС» с агентами в целях привлечения клиентов, заинтересованных в получении банковских гарантий.*

Настоящим заявляем о присоединении к условиям Правил работы ООО «ФЕНИКС» с агентами в целях привлечения клиентов, заинтересованных в получении банковских гарантий, размещенные на сайте https://www.fenixfin.ru / (далее — Правила) в порядке, предусмотренном ст. 428 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Все условия обслуживания в рамках Правил, а также права и обязанности нашей организации, возникающие в силу данных Правил, нами понятны и согласованы.

Со дня проставления отметки ООО «ФЕНИКС» •

Адрес местонахождения Сервиса: 125167, город Москва, Ленинградский проспект, дом 36, строение 11, этаж 2, кабинет 216;

Адрес для направления корреспонденции: 115114, Дербеневская набережная, 11, корпус А, сектор 1, 4 этаж, офис 402.

ОГРН 1187746611051 ИНН 9705120705 КПП 771401001

Банковские реквизиты:

р/с 40702810700000179247 в ПАО «ПРОМСВЯЗЬБАНК»

к/с 30101810400000000555 в ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО Банка России

БИК 044525555 ИНН банка 772201001

Контактный телефон: 8 800 500 85 28

Авторизированный адрес электронной почты Сервиса: info@fenixfin.ru

(далее – Сервис) о приеме настоящего заявления договорные отношения между Сервисом и Агентом считаются установленными в соответствии со ст. 428 ГК РФ.

Настоящее Заявление о присоединении оформляется в двух экземплярах, по одному для Агента и Сервиса.

Дата: От Агента:

_____ _____/_____/

должность *подпись* *ФИО МП/БП*

____ _____ 201_

****

Отметка Сервиса о приеме заявления: _____ _____

Дата приема *Должность сотрудника, принявшего Заявление*