

فرم درخواست ابطال تمام / قسمتی از واحدهای سرمایه‌گذاری

شعبه : مرکزی کد : ۱

شماره سریال:

تاریخ:

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

مشخصات سرمایه‌گذار:

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 سرمایه‌گذاری پیوست شده :

شماره سریال تاریخ صدور تعداد واحدهای سرمایه‌گذاری نوع واحدهای سرمایه‌گذاری

مشخصات نماینده قانونی سرمایه‌گذار:

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

کدملی:

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

 که طی وکالتنامه/ معرفینامه شماره مورخ /... /... به صندوق سرمایه‌گذاری مشترک رفاه معرفی شده است.

نام و نام خانوادگی سرمایه‌گذار / نماینده سرمایه‌گذار: امضاء

□ مشخصات گواهی سرمایه‌گذاری ارائه شده صحیح بوده و گواهی سرمایه‌گذاری فوق از ایشان دریافت شد.

نام و نام خانوادگی نماینده مدیر : ساجده رضایی امضاء

نماینده مدیر