BT Maxim - FORMULAR DE RĂSCUMPARARE

SUBSEMNATUL: **Numar cont de investiţie BT Maxim: .....**

Persoana fizica: Nume: _____ Prenume: _____
Localitate: _____ Judet/Sector: _____
Strada:_____ nr:____ bloc:_____ scara:_____ ap:____ tel. fix:_____ tel. mobil: _____
CNP: |___ |___|___|___|___|___|___|__|__|__|__|__|___|
Act de identitate:_____ serie _____ numar _____ emis de: _____
Data emiterii (zz/ll/aaaa)_____/_____/_____ e-mail: _____

În calitate de împuternicit al titularului :
Persoana fizica ☐
Nume:_____ Prenume:_____
CNP: | |__|__|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Persoana juridica ☐
Denumire: _____
Nr. Reg. Com._____ C.U.I._____ e-mail: _____

SOLICIT:
Sa retrag suma brută de (cifre): _____lei (litere) _____lei,

Plata se va face: ☐ prin numerar
☐ prin virament bancar în contul :
|R|O|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Deschis la banca _____

Investitorii fondului care solicită răscumpărarea de unităţi de fond vor plăti următoarele comisioane de răscumpărare:

a) **4.0 % din valoarea unităţilor de fond răscumpărate**, dacă retragerea se efectuează după o perioadă mai mică sau egală cu 180 zile de la data subscrierii unităţilor de fond;
b) **2.0 % din valoarea unităţilor de fond răscumpărate**, dacă retragerea se efectuează după o perioadă mai mare de 180 de zile dar mai mică sau egală cu 360 zile de la data subscrierii unităţilor de fond;
c) **0% din valoarea unităţilor de fond răscumpărate**, dacă retragerea se efectuează după o perioadă mai mare de 360 zile de la data subscrierii acestora;

Comisioanele de răscumpărare se vor încasa de către fond, intrând în activul acestuia. Investitorii fondului au libertatea de a se retrage în orice moment doresc. Cererile de răscumpărare se înregistrează pentru orice sumă solicitată de către investitor.
Pentru detalii suplimentare privind procedurile de rascumparare, consultati Prospectul de Emisiune al fondului disponibil in reteaua de distributie, la sediul BT Asset Management SAI sau accesând www.btam.ro.

Data Semnatura investitor / imputernicit

___/____/_____ _____

Nume distribuitor: _____
Semnatura operator Stampila distribuitor

_____