

**Заявление
о невозможности использования USB-ключей**

Настоящим _____ (далее – Клиент),

(Полное наименование юридического лица в соответствии с уставом (учредительным договором, по данным ЕГРЮЛ); фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя и слова «индивидуальный предприниматель»; фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, занимающегося частной практикой, и указание на вид деятельности; наименование филиала (представительства) в соответствии с положением о филиале (представительстве) при заключении договора дистанционного банковского обслуживания представительством (филиалом) юридического лица.)

ИНН (КИО) _____ просит на основании договора дистанционного банковского обслуживания, заключенного путем присоединения к условиям Правил обмена электронными документами по системе PSB On-Line в ПАО «Промсвязьбанк», осуществить проверку возможности разблокирования и дальнейшего использования устройств аппаратной криптографии (USB-ключа (ключей)), серийный (-ые) номер (-а): _____.

На период проверки работоспособности вышеперечисленных устройств аппаратной криптографии (USB-ключ (ключи) приостановить действие Сертификата ключа проверки электронной подписи:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) Уполномоченного лица Клиента)

В случае если работоспособность устройств аппаратной криптографии (USB-ключ (ключи) может быть восстановлена, прошу осуществить их разблокирование и возврат, и восстановить действие соответствующего Сертификата ключа проверки электронной подписи.

В случае если работоспособность устройств аппаратной криптографии (USB-ключ (ключи) не может быть восстановлена, прошу аннулировать соответствующий Сертификат ключа проверки электронной подписи и выдать новые устройства аппаратной криптографии (USB-ключ (ключи) взамен неработоспособных, а также новый Сертификат ключа проверки электронной подписи.

С Тарифами Банка ознакомлен и согласен.

(должность уполномоченного лица¹ Клиента)

(подпись) / _____ /
(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)

« ____ » _____ 20 ____ г.

М.П. (при наличии)

Заполняется Банком

Заявление принято в Банке в ____ час: ____ мин. (фиксируется время приема) « ____ » _____ 20 ____ г.

Работник

Банка:

(подпись) _____
(фамилия, инициалы)

На время проведения проверки работоспособности USB-ключа (-ей) приостановлено действие Сертификатов ключа проверки электронной подписи:

(фамилия, имя, отчество Уполномоченного лица Клиента) в ____ час: ____ мин. (фиксируется время)

(фамилия, имя, отчество Уполномоченного лица Клиента) в ____ час: ____ мин. (фиксируется время)

Устройства аппаратной криптографии (USB-ключ (ключи), серийный (-ые) номер (-а): _____

Установлено _____ [наличие], [отсутствие] (выбрать) механических повреждений USB-ключа.

От Клиента передал _____ (подпись) _____ (фамилия, инициалы)

От Банка принял _____ (подпись) _____ (фамилия, инициалы)

время в ____ час: ____ мин. (фиксируется время приема)

Работник

Банка:

(подпись) _____
(фамилия, инициалы)

¹ Передача в Банк USB-ключа, работоспособность которого необходимо восстановить, лицом (в т.ч. представителем Клиента), не являющимся владельцем Ключа ЭП, хранящегося на таком USB-ключе, признается Банком основанием для аннулирования СКП ЭП Уполномоченного лица Клиента, Ключ ЭП которого был записан на USB-ключ, в связи с Компрометацией Ключа ЭП.

По итогам проверки работоспособности:

Устройства аппаратной криптографии (USB-ключ (ключи), серийный(-ые) номер(-а): _____ разблокированы.

От Банка передал _____ (подпись) _____ (фамилия, инициалы)

От Клиента принял _____ (подпись) _____ (фамилия, инициалы)

Восстановлено действие Сертификатов ключа проверки электронной подписи

_____ в ____ час: ____ мин. (*фиксируется время*)
(фамилия, имя, отчество Уполномоченного лица Клиента)

_____ в ____ час: ____ мин. (*фиксируется время*)
(фамилия, имя, отчество Уполномоченного лица Клиента)

Устройства аппаратной криптографии (USB-ключ (ключи), серийный(-ые) номер (-а) _____ признаны неработоспособными и оставлены в Банке.

Аннулировано действие Сертификатов ключа проверки электронной подписи

_____ в ____ час: ____ мин. (*фиксируется время*)
(фамилия, имя, отчество Уполномоченного лица Клиента)

_____ в ____ час: ____ мин. (*фиксируется время*)
(фамилия, имя, отчество Уполномоченного лица Клиента)

Работник

Банка:

(подпись)

(фамилия, инициалы)