**AML DOTAZNÍK**

Požadovat od klienta informace uvedené v tomto dotazníku ukládá zákon č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorizmu (dále jen „AML zákon").

|  |  |
| --- | --- |
| Obchodní firma nebo název | Psychiatrická nemocnice Brno |
| Identifikační číslo | 00160105 |
| Adresa/sídlo | Húskova 1123/2, 618 32, Brno - Černovice |

|  |
| --- |
| Údaje o fyzické osobě oprávněné jednat za klienta |
| Jméno (jména) | xxxxx |
| Příjmení | xxxxxxxx |
| Rodné číslo (není-li, datum narození) | xxxxxxxxxxxx |
| Obec a stát místa narození | xxxxxxxxxx |
| Státní občanství | xxxxxxx |
| Trvalý nebo jiný pobyt | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| Kontaktní telefon | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| Email | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| Druh průkazu totožnosti | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| Číslo průkazu totožnosti | xxxxxxxxxx |
| Datum vydání | xxxxxxxxxxxx |
| Doba platnosti | xxxxxxxxxxxxx |
| Stát, který průkaz totožnosti vydal | xxx |
| Orgán, který průkaz totožnosti vydal | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

 **Údaje o klientovi**

Skutečný majitel dle § 4 odst. 4 AML není relevantní

zákona

Politicky exponovaná osoba ve není relevantní

smyslu ustanovení § 4 odst. 5 AML

zákona

 **Zastoupení**

X Fyzická osoba jednající jménem klienta - Právnické osoby

□ Zastoupení na základě plné moci

Čestně prohlašuji, že xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxx xxxxx k nahlédnutí.

V Brně dne 05.08.2025

Pavel

Mošťák

Digitálně podepsai

Pavel Mošťák

Datum: 2025.08.15

13:34:00 +02'00'

Podpis klienta