atle

BEGÄRAN OM INLÖSEN

Begäran om försäljning som kommer bolaget tillhanda senast 15:00, behandlas samma bankdag. Förutsatt att komplett inlösenblankett kommit oss tillhanda. Om några uppgifter är ofullständiga, sker försäljning av andelar först efter att uppgifterna kompletterats och godtagits av fondbolaget.

Kundinformation

Efternamn, Förnamn/Firmanamn	Kundnummer hos HealthInvest
Personnummer	Organisationsnummer
Telefon dagtid	E-postadress

Begäran om inlösen

Ange säljvolym i SEK, antal andelar ELLER procent av innehavet. Önskar du sälja hela ert befintliga innehav anger ni 100% under Andelar, %. Observera att ett av nedanstående alternativ måste anges för att inlösen ska kunna genomföras. För juridisk person ska kopia på aktuellt registreringsbevis bifogas (dock inte äldre än 3 månader).

Jag önskar sälja (Fondens namn)	Andelsklass	Belopp i kronor	Antal andelar	Andelar, %

Bankuppgifter

Observera att säljlikviden kommer att utbetalas till det av dig föranmälda kontot. Om du ej föranmält något konto eller om du önskar få säljlikviden utbetalt till annat konto, ange bank– och kontonummer nedan **samt** bifoga handling visande att du är innehavare av kontot, t ex ett kontoutdrag.

Clearingnummer	Bankkontonummer	Bank

Underskrift

Ort och datum	Namnteckning och namnförtydligande

Sker försäljningen för omyndig persons räkning skall anmälan undertecknas av (i förekommande fall) båda vårdnadshavarna.

Ort och datum	Förmyndares namnteckning och namnförtydligande
Ort och datum	Förmyndares namnteckning och namnförtydligande

Blanketten sändes till Atle Fund Management AB, Riddargatan 23 A, 114 57 Stockholm

E-post: operations@atle.se