

СЕРТИФИКАТ КЛЮЧА ПРОВЕРКИ ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСИ СОТРУДНИКА КЛИЕНТА В СИСТЕМЕ «iBank 2» ОАО «АКИБАНК»

1. Наименование организации _____
2. Место нахождения _____
3. ОГРН _____ дата внесения в ЕГРЮЛ (ЕГРИП) " ____ " ____ года
4. Тел. _____ 5. ИНН (КИО) _____ 6. КПП* _____
7. Факс* _____ 8. E-mail* _____
9. Сведения о владельце ключа
Фамилия, Имя, Отчество _____
Должность _____
Документ, удостоверяющий личность _____,
серия _____ номер _____, дата выдачи " ____ " ____ года,
кем выдан _____
10. Примечания* _____
* необязательно для заполнения

Ключ проверки ЭП сотрудника клиента

Идентификатор ключа проверки ЭП XXXXXXXXXXXX Идентификатор токена XXXXXXXXXXXX
Наименование криптосредств: USB-токен "iBank 2 Key" (СКЗИ "Криптомодуль-С")
Алгоритм ГОСТ Р 34.10-2001 ID набора параметров алгоритма 1.2.643.2.2.35.0
Дата начала действия " ____ " ____ 20__ г. (заполняется банком)
Дата окончания действия " ____ " ____ 20__ г. (заполняется банком)
Представление ключа проверки ЭП в шестнадцатеричном виде
xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx
xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx
xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx
xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx xx
Личная подпись владельца ключа проверки ЭП

Сертификат открытого ключа ЭП клиента действует в рамках договора об организации электронного документооборота с использованием системы «iBank 2» № ИБ _____ от « ____ » _____ 20__ г.

Группа подписи _____
(указать в соответствии с должностью сотрудника, владельца ключа ЭП)

Достоверность приведенных данных подтверждаю

Руководитель организации _____ / _____ /
подпись / ф.и.о.

Уполномоченный представитель Банка _____ / _____ /
подпись / ф.и.о.

Оттиск печати

Оттиск печати

Дата приема сертификата
ключа проверки ЭП
" ____ " ____ 20__ г.

Администратор системы _____ / _____ /

Дата регистрации сертификата
ключа проверки ЭП
" ____ " ____ 20__ г.