|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mitteilung   * der Ansprechperson, * des Sorgfaltspflichtbeauftragten, * des Untersuchungsbeauftragten und/oder * des verantwortlichen Mitglieds der Leitungsebene   gemäss Art. 22 Abs. 1 SPG sowie Art. 33 Abs. 2 und Art. 36 Abs. 5 SPV | | | | | | |
|  | Schraffierte Bereiche ausfüllen | | | | | |
|  | Zutreffendes ankreuzen | | | | | |
| Gemäss Art. 22 Abs. 1 SPG haben die Sorgfaltspflichtigen eine Ansprechperson, einen Sorgfaltspflichtbeauftragten, einen Untersuchungsbeauftragten und ein Mitglied der Leitungsebene, welches für die Einhaltung des SPG und der SPV verantwortlich ist, zu benennen.  Die Einsetzung und der Wechsel der oben genannten Personen sind der FMA gemäss Art. 33 Abs. 2 und Art. 36 Abs. 5 SPV umgehend mitzuteilen. Diese Mitteilung hat durch die Sorgfaltspflichtigen mittels des vorliegenden Formulars zu erfolgen.  Das Vorhandensein der fachlichen Eignung und die notwendigen Kenntnisse des Sorgfaltspflichtbeauftragten, des Untersuchungsbeauftragten und des verantwortlichen Mitglieds der Leitungsebene sind zu begründen und insbesondere die Kenntnisse sind mittels geeigneten Nachweisen (Aus – und Weiterbildungsnachweise, CV) nachzuweisen. | | | | | | |
| Sorgfaltspflichtige(r): | | | | | | |
| Firma: | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
| Name: | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
| Vorname: | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
| Geburtsdatum: | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
| Strasse: | | Text | | | Hausnummer: | Text |
| Postfach: | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
| Postleitzahl: | | PLZ | Ort: | Text | | |
| Telefon: | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
| E-Mail: | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
| Website: | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
|  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Angaben zur Ansprechperson: | | | | | | |
| Einsetzung | | per | Datum. | Wechsel | per | Datum. |
| Name: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Vorname: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Geburtsdatum: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Telefon: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| E-Mail: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Angaben zur *stellvertretenden* Ansprechperson: | | | | | | |
| Name: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Vorname: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Geburtsdatum: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Telefon: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| E-Mail: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
|  | | | | | | |
| Angaben zum Sorgfaltspflichtbeauftragten: | | | | | | |
| Einsetzung | | per | Datum. | Wechsel | per | Datum. |
| Name: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Vorname: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Geburtsdatum: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Telefon: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| E-Mail: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Berufserfahrung und absolvierte Ausbildungen: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Angaben zum *stellvertretenden* Sorgfaltspflichtbeauftragten: | | | | | | |
| Name: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Vorname: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Geburtsdatum: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Telefon: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| E-Mail: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Angaben zum Untersuchungsbeauftragten: | | | | | | |
| Einsetzung | | per | Datum. | Wechsel | per | Datum. |
| Name: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Vorname: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Geburtsdatum: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Telefon: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| E-Mail: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Berufserfahrung und absolvierte Ausbildungen: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Angaben zum *stellvertretenden* Untersuchungsbeauftragten: | | | | | | |
| Name: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Vorname: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Geburtsdatum: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Telefon: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| E-Mail: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
|  | | | | | | |
| Angaben zum verantwortlichen Mitglied der Leitungsebene: | | | | | | |
| Einsetzung | | per | Datum. | Wechsel | per | Datum. |
| Name: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Vorname: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Geburtsdatum: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Telefon: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| E-Mail: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Berufserfahrung und absolvierte Ausbildungen: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Angaben zum *stellvertretenden* verantwortlichen Mitglied der Leitungsebene: | | | | | | |
| Name: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Vorname: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Geburtsdatum: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| Telefon: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
| E-Mail: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |
| --- |
| Allgemeine Bemerkungen: |
|  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Beigebrachte Nachweise über die berufliche Qualifikation und/oder die Kenntnisse (SPG-relevante Ausbildungen) des Sorgfaltspflichtbeauftragten, des Untersuchungsbeauftragten und des verantwortlichen Mitglieds der Leitungsebene: |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterschrift der vertretungsberechtigten Person(en):** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |  | | Ort, Datum |  | Unterschrift | |  |  | VORNAME, NAME | | **Unterschrift des Sorgfaltspflichtbeauftragten** |  |  | | Unterschrift |  | Unterschrift StV. | | VORNAME, NAME |  | VORNAME, NAME | | **Unterschrift des Untersuchungsbeauftragten** |  |  | | Unterschrift |  | Unterschrift StV. | | VORNAME, NAME |  | VORNAME, NAME | | **Unterschrift des verantwortlichen Mitglieds auf Leitungsebene** |  |  | | Unterschrift |  | Unterschrift StV. | | VORNAME, NAME |  | VORNAME, NAME | |

Finanzmarktaufsicht Liechtenstein

Stand: 06.05.2021