



PŘÍLOHA Č. 7

Vzor evidence proškolených osob

dle § 23 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu (AML zákona)

dle systému vnitřních zásad (SVZ) vydaného AUTO GAMES, a s. (Společností)

(Rovněž automaticky ukládáno v informačním systému Společnosti v elektronické podobě)

Potvrzení o provedení školení zaměstnanců ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu

Jméno: _____

Příjmení: _____

Datum narození/IČ: _____

Bydliště/sídlo: _____

Pracovní zařazení: ☐ zaměstnanec Společnosti ☐ příkazník
 ☐ jiné: _____

(dále jen „Pověřená osoba“)

tímto potvrzuje, že níže uvedeného dne, měsíce a roku došlo k proškolení níže uvedených zaměstnanců ve smyslu ustanovení § 23 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších právních předpisů, a to v rámci herny:

Název herny: _____

Adresa herny: _____

Pověřená osoba proškolila zaměstnance herny způsobem a za podmínek dle ustanovení § 23 AML zákona v rozsahu povinností dle zákona a dle aktuální verze systému vnitřních zásad ve smyslu zákona o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu vydaného Společností. Obsahem školení byla zejména typologie Podezřelých obchodů, požadavky kladené na Společnost, jakožto povinnou osobu ve smyslu AML zákona, v rámci provádění identifikace a kontroly klientů, postupy pro zjišťování rizikových faktorů klientů a postupy při zjištění Podezřelého obchodu.

V, dne

.....
podpis Pověřené osoby

Seznam Zaměstnanců:

1.

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Trvale bytem: _____

Pracovní zařazení: _____

Podpis: _____

2.

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Trvale bytem: _____

Pracovní zařazení: _____

Podpis: _____

3.

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Trvale bytem: _____

Pracovní zařazení: _____

Podpis: _____

4.

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Trvale bytem: _____

Pracovní zařazení: _____

Podpis: _____

Svým podpisem potvrzuji, že jsem byl/a výše uvedeného dne, měsíce a roku proškolen/a ohledně povinností Společnosti, jakožto povinné osoby dle AML zákona, ve výše uvedeném rozsahu.