**Modelo C01**

**Solicitud de Admisión de Miembro Compensador**

................ (razón social), con domicilio en (...), persona jurídica n.º (...), inscrita en el Registro Mercantil de (...) con el n.º (...), en este acto representada por (...), en calidad de representante legal de la sociedad, presenta de esta forma su candidatura a Miembro Compensador de OMIClear, C.C., S.A., en adelante denominado OMIClear, declarando:

1. Tener pleno e integral conocimiento de los principios definidos en las Reglas de OMIClear, en particular a los derechos y obligaciones inherentes a la calidad de Miembro Compensador, estando dispuesto a aceptarlos de forma incondicional y sin reservas si su candidatura es aceptada;
2. Aceptar las obligaciones resultantes del proceso de solicitud de admisión, en particular, a colaborar con OMIClear, o con Entidades indicadas por esta, para permitir una evaluación adecuada de la candidatura, adoptando medidas y proporcionando todos los elementos considerados necesarios a estos efectos;
3. Autorizar a OMIClear, de acuerdo con la Normativa Nacional, a obtener y compartir con Entidades de Supervisión o cualquier otra Entidad con legitimidad para ello, toda la información que considere relevante para la verificación de los requisitos de los que depende la admisión del Candidato;
4. Notificar de inmediato a OMIClear cualquier circunstancia susceptible de afectar el cumplimiento de los requisitos de admisión establecidos en las Reglas de OMIClear y prestar cualquier información que OMIClear pueda requerir en el ámbito del proceso de candidatura.

Teniendo en cuenta los requisitos definidos en las reglas de OMIClear, el Candidato además declara:

Pretender candidatar-se al siguiente tipo de Miembro Compensador:

Directo

General

A efectos de su **capacidad de liquidación financiera**:

El Candidato es un participante del sistema de pagos TARGET y va a actuar como Agente de Liquidación Financiera a efectos de liquidar financieramente los importes que resultan de sus propias posiciones (***TARGET Services Form – Settlement Bank Group***;

El Candidato firmará un acuerdo de liquidación financiera con un Agente de Liquidación Financiera (*anexo Declaración de Aceptación de Liquidación Financiera –* ***Modelo C14****)*

**Código de Miembro en la Plataforma de Compensación de OMIClear** *(a ser rellenado por el Candidato)\**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

\* Código a*lfanumérico, con un mínimo de 3 y máximo 4 caracteres, por lo que el miembro va a ser identificado en la Plataforma de Compensación de OMIClear - MiClear.*

**Fecha:** \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*[Firma de quien vincula a la sociedad, especificando la calidad en la que actúa]*