Modelo C14

**Declaración de Aceptación de Liquidación Financiera**

*(a remitir por el Agente de Liquidación Financiera)*

Sirve el presente documento para informar que el Agente de Liquidación Financiera:

|  |
| --- |
| Nombre: |

Acepta desempeñar esas funciones, de acuerdo con las respectivas Reglas de Compensación, relativamente a todas las Posiciones registradas junto de OMIClear por el Miembro Compensador:

|  |
| --- |
| Nombre: |

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

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

*[Agente de Liquidación Financiera]*