Załącznik nr 8 do Instrukcji wydawania i obsługi kart debetowych w PBS w Węgrowie

Numer karty

Imię i nazwisko Użytkownika karty*

Nazwa Posiadacza rachunku**

☐ WNIOSEK O CZASOWE ZABLOKOWANIE/ODBLOKOWANIE* KARTY

Data zgłoszenia:

- -

☐ OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z KARTY

Oświadczam, że**:

☐ rezygnuję ze wznowienia karty

☐ rezygnuję z użytkowania karty

Rezygnuję z posiadania karty z powodu: _____

_____

Miejscowość, data i podpis Użytkownika karty

Pieczątka i podpis upoważnionego pracownika placówki Banku

ADNOTACJE

_____

/Wypełnia placówka Banku/

Pieczątka adresowa placówki Banku wypełniającej wniosek:	*Imię, nazwisko i numer telefonu osoby do kontaktu w placówce Banku:*
_____	_____ _____

Data i podpis pracownika Banku

* *Niepotrzebne skreślić*

** *Należy wypełnić w przypadku klienta instytucjonalnego*