

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z KARTY

Numer karty

[illegible]

Data ważności

		/		
--	--	---	--	--

Imię i nazwisko Posiadacza rachunku/Użytkownika karty***

Nazwa Posiadacza rachunku*

Oświadczam, że**:

- ☐ rezygnuję ze wznowienia karty
- ☐ rezygnuję z użytkowania karty

Rezygnuję z posiadania karty z powodu:

Miejscowość, data i podpis Posiadacza rachunku

*Stempel kasowo-memoriałowy i podpis
upoważnionego pracownika placówki Banku*

* Należy wypełnić w przypadku klienta instytucjonalnego

**** Właściwe zaznaczyć krzyżykiem (X)**

*** Niepotrzebne skreślić