Bank Spółdzielczy Zaleszany
Grupa BPS

WNIOSEK O CZASOWE ZABLOKOWANIE/ODBLOKOWANIE* KARTY

Numer karty

Imię i nazwisko Posiadacza rachunku/Użytkownika karty*

Nazwa Posiadacza rachunku**

Data zgłoszenia:

		-			-				

_____ _____

Miejscowość, data i podpis Posiadacza rachunku/ Użytkownika karty

Stempel kasowo-memoriałowy 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

* *Niepotrzebne skreślić*

** *Należy wypełnić w przypadku klienta instytucjonalnego*