Bank Spółdzielczy w Nidzicy

Grupa BPS www.bsnidzica.pl

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z KARTY

Numer karty

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 zgodnie z Kartą Wzorów

Stempel/pieczątka funkcyjna i podpis pracownika Banku

* *Należy wypełnić w przypadku klienta instytucjonalnego*
** *Właściwe zaznaczyć krzyżykiem (X)*
*** *Niepotrzebne skreślić*