Bank Spółdzielczy w Nidzicy

Grupa BPS www.bsnidzica.pl

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 zgodnie z Kartą Wzorów/Użytkownika karty

Stempel/pieczątka funkcyjna i podpis pracownika 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*