



Miejscowość, data

FORMULARZ
Zastrzeżenia środków dostępu
do usługi bankowości elektronicznej

BANK SPÓŁDZIELCZY WE WSCHOWIE ODDZIAŁ W _____

DANE POSIADACZA KONTA:

8669 0001

nr rachunku

nazwa firmy (imię i nazwisko)

adres

Proszę / Prosimy* o dokonanie zastrzeżenia używanego przez niżej wymienioną osobę karty chipowej:

(imię)

(nazwisko)

seria i nr dowodu osobistego

PESEL

przyczyna zastrzeżenia

_____,
miejscowość,

- -
data

*pieczętka oraz podpis Posiadacza (osób działających w
jego imieniu)/ podpis Współposiadaczy rachunku*

(wypełnia Bank)

_____,
miejscowość, data przyjęcia wniosku

podpis pracownika