Łużycki Bank Spółdzielczy
w Lubaniu
Grupa BPS

Załącznik nr 7 do Instrukcji wydawania i obsługi kart debetowych w ŁBS LUBAŃ

Numer karty

Imię i nazwisko Posiadacza rachunku/Użytkownika karty*

Nazwa Posiadacza rachunku**

☐ **WNIOSEK O CZASOWE ZABLOKOWANIE/ODBLOKOWANIE* KARTY**

Data zgłoszenia:

		-			-				

☐ **OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z KARTY**

Oświadczam, że**:

☐ rezygnuję ze wznowienia karty

☐ rezygnuję z użytkowania karty

Rezygnuję z posiadania karty z powodu: _____

_____

Miejscowość, data i podpis Posiadacza rachunku/ Użytkownika karty

Stempel memoriałowy/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 pracownik

* *Niepotrzebne skreślić*
** *Należy wypełnić w przypadku klienta instytucjonalnego*