Łużycki Bank Spółdzielczy
w Lubaniu
Grupa BPS

Załącznik nr 3 do Instrukcji wydawanie i obsługa kart kredytowych w Łużyckim Banku Spółdzielczym w Lubaniu

ZGŁOSZENIE ZABLOKOWANIA KARTY

ZGŁOSZENIE UTRATY KARTY
LOST OR STOLEN CARD REPORT – tel: 0-86 215 50 30, fax: 0-86 215 50 31

Numer karty / *Card number:*	Miejsce utraty karty / *Place where card was lost or stolen:*
Nazwa i adres banku wydawcy karty (w przypadku, gdy numer karty jest nieznany) / *If account number unavailable, list name and address of issuer*:	Data i godzina zgłoszenia / *Date and time of report (DDMMRR):* Data ostatniego użycia karty / *Date card was last used:*
Typ karty / *Card type:*	Wartość ostatniej transakcji / *Amount of last purchase:*
Imię i nazwisko (inicjały) wytłoczone na karcie / *Cardholder's name:*	Miejsce ostatniego użycia karty / *Place where card was last used:*
Adres Kredytobiorcy/Użytkownika karty oraz telefon kontaktowy / *Address and telephone number:*	Czy Kredytobiorca/Użytkownik karty ma jakiekolwiek podejrzenia co do okoliczności utraty karty / *Does cardholder have any suspects?* ☐ ☐ Tak / *Yes* ☐ ☐ Nie / *No* Opis / *Description:*
Adres, pod którym bank może kontaktować się z Kredytobiorcą/Użytkownikiem karty przez najbliższe 2 dni robocze / *Address where cardholder can be reached for the next 2 business days:*	Czy Kredytobiorca/Użytkownik karty został poinformowany, że nie powinien używać innych kart (dodatkowych o tym samym numerze) / *Was cardholder advised to discontinue use of cards with the same number?* ☐ Tak / *Yes* ☐ Nie / *No*

Łużycki Bank Spółdzielczy
w Lubaniu
Grupa BPS

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej blokadę karty / *Name of person reporting loss or theft:*	Sposób zgłoszenia utraty karty / *Method cardholder advised of loss or theft:*
Adres zgłaszającego utratę karty / *Address of person reporting loss or theft:*	Seria i numer dowodu tożsamości zgłaszającego utratę karty / *Passport number of person reporting loss or theft:*
	Podpis zgłaszającego utratę karty / *Signature of person reporting loss or theft:*
Numer telefonu / *Telephone number:*	Stempel memoriałowo-kasowy i podpis pracownika banku / *Date and name of employee:*
Sposób utraty karty / *The card was:* □ Zgubiona / *Lost* □ Skradziona / *Stolen* □ Inne (jakie?) / *Other*	
Data utraty karty / *Date when card was lost or stolen:*	
Dodatkowe adnotacje / Additional remarks	

Data / Date:_____ Podpis (zgodny z podpisem na karcie) / Signature:_____

wypełnia placówka sprzedażowa Banku:

Dane dotyczące placówka sprzedażowej Banku: ..... Oddział w	Stempel memoriałowy/ kasowo-memoriałowy
Imię i nazwisko pracownika do kontaktu oraz jego nr telefonu:	