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

_____
Stempel kasowo-memoriałowy i podpis upoważnionego pracownika placówki Banku

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