BANK SPÓŁDZIELCZY W OLSZTYNKU

www.bsolsztynek.pl

Załącznik nr 9 do Instrukcji wydawania i obsługi kart debetowych

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/ Użytkownika karty

Pieczątka 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 pracownika Banku

* *Niepotrzebne skreślić*

** *Należy wypełnić w przypadku klienta instytucjonalnego*