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*