
(Miejscowość i data)

(Imię i nazwisko/Nazwa Posiadacza/Współposiadacza*)

(PESEL/NIP/REGON*)

OŚWIADCZENIE O CAŁKOWITYM ZNISZCZENIU KARTY PŁATNICZEJ

Zgłaszam całkowite zniszczenie wydanej do Konta nr karty płatniczej o numerze-.....-..... o terminie ważności do

Jednocześnie oświadczam, że ponoszę całkowitą odpowiedzialność za transakcje dokonane kartą płatniczą, która została zgłoszona jako całkowicie zniszczona.

(Stempel i podpis Posiadacza/Współposiadacza/
osób upoważnionych do reprezentowania Posiadacza)

Potwierdzam przyjęcie oświadczenia o całkowitym zniszczeniu karty płatniczej o numerze-.....-..... i jej likwidację w systemie informatycznym Banku Nowego S.A.

(Miejscowość i data)

(Pieczęć i podpis pracownika Banku Nowego S.A.)

*) Niepotrzebne skreślić