

(Miejscowość i data)

(Imię i nazwisko/Nazwa Posiadacza/Współposiadacza)

(PESEL/NIP/REGON)

OŚWIADCZENIE O SAMODZIELNYM ZNISZCZENIU KARTY PŁATNICZEJ

Zobowiązuję się do całkowitego zniszczenia wydanej do Konta nr:

karty płatniczej o numerze-.....-.....-..... o terminie ważności

Jednocześnie oświadczam, że poniosę całkowitą odpowiedzialność za transakcje dokonane w/w kartą płatniczą, do zniszczenia której się zobowiązałem.

(Podpis Posiadacza/Współposiadacza/
osób upoważnionych do reprezentowania Posiadacza)

Potwierdzam **):

- ☐ przyjęcie oświadczenia o samodzielnym zniszczeniu w/w karty płatniczej
- ☐ zlikwidowanie w/w karty płatniczej w systemie informatycznym Banku Nowego S.A.

(Miejscowość i data)

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

*) Niepotrzebne skreślić

**) Zaznaczyć właściwe