

Wniosek o zlikwidowanie usługi SGB~~e~~-kdbś

Nazwa Oddziału KDBS przyjmującego Wniosek:

KUJAWSKO-DOBRZYŃSKI BANK SPÓŁDZIELCZY | _____

Dane Posiadacza Konta

w przypadku Konta prywatnego

_____ | _____
Imiona Nazwisko

w przypadku Konta firmowego/korporacyjnego*

Nazwa firmy

_____ | _____
Imiona Nazwisko

Rezygnuję/rezygnujemy* z dostępu do Konta za pomocą usługi SGB~~e~~-kdbś:

Numer Konta |__|__| 95500003 |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__|*

Wszystkich kont wskazanych we Wniosku o uruchomienie usługi SGB~~e~~-kdbś, modulo: |__|__|__|__|__|__|*.

Zdaję/zobowiązuje się zdać w terminie do |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| r.

Tokeny o numerach seryjnych:

S/N |__|__|__|__|__|__|__|__|

S/N |__|__|__|__|__|__|__|__|

S/N |__|__|__|__|__|__|__|__|

S/N |__|__|__|__|__|__|__|__|

łącznie |__| sztuk

Karty chipowe:

łącznie |__| sztuk

Czytniki kart chipowych:

łącznie |__| sztuk

Miejscowość, data

Podpis Posiadacza Konta/upoważnionej osoby
i pieczęć firmowa

Podpis Pracownika przyjmującego wniosek w Oddziale

(wypełnia Bank)

Usługa SGB~~e~~-kdbś została zlikwidowana w dniu |__|__|_|__|__|_|__|__|__|__|

podpis pracownika WRF

* niepotrzebne skreślić

W przypadku wyboru opcji prosimy o zaznaczenie znaku X we właściwym polu