Załącznik nr 12 do Instrukcji wydawania i obsługi kart kredytowych w Łużyckim Banku Spółdzielczym w Lubaniu

WNIOSEK O CZASOWE ZABLOKOWANIE/ODBLOKOWANIE* KARTY

Pieczątka adresowa placówki sprzedażowej Banku wypełniającej wniosek:	*Imię, nazwisko i numer telefonu osoby do kontaktu w placówce sprzedażowej Banku:* _____ _____

Numer karty:

Imię i nazwisko umieszczone na karcie:

Data zgłoszenia:

		-			-				

Miejscowość, data i podpis Kredytobiorcy

Stempel memoriałowy/ kasowo-memoriałowy i podpis upoważnionego pracownika Banku

Adnotacje

Data i podpis pracownika