

FORMULARZ
zastrzeżenia /zablokowania /odblokowania tokena

Bank Spółdzielczy w Gryficach

Oddział/Filia

Pieczęć Placówki Banku

Numer Rachunku _____

Dane Posiadacza Rachunku:

imiona nazwisko

1. Proszę o dokonanie zastrzeżenia /zablokowania odblokowania tokena nr używanego przez

2. Niniejszym potwierdzam telefoniczne dokonanie zastrzeżenia blokady używanego przez
tokena w dniu

imiona nazwisko

Rodzaj dowodu tożsamości: seria i numer dowodu tożsamości PESEL

D- dowód osobisty
P- Paszport
L- legitymacja szkolna

przyczyna zastrzeżenia

Miejscowość, data

Podpis Posiadacza Środka identyfikacji elektronicznej
lub Posiadacza Rachunku

Pieczęć i podpis przyjmującego zgłoszenie, data, godzina

Przekazano do realizacji :

Data:

Godzina:

Godzina:

stempel funkcyjny i podpis pracownika przyjmującego zastrzeżenie

stempel funkcyjny i podpis pracownika realizującego zastrzeżenie

Adnotacja dotycząca realizacji:

Potwierdzenie realizacji:

Data: