Spółdzielcza Grupa Bankowa

....
Pieczątka Oddziału

ZAMÓWIENIE NA DUPLIKAT KARTY*

☐ Maestro ☐ VISA Electron ☐ VISA Electron „młodzieżowa'' ☐ MasterCard Standard ☐ MasterCard Gold
☐ VISA Classic ☐ MasterCard Business ☐ VISA Business Electron ☐ MasterCard Business Gold

Proszę o wydanie duplikatu:

☐ z nowym PIN - em

☐ bez nowego PIN - u

NUMER KARTY |__|__|__|__| - |__|__|__|__| - |__|__|__|__| - |__|__|__|__|

DANE POSIADACZA/UŻYTKOWNIKA KARTY

Imię |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nazwisko |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Imię i nazwisko nadrukowane na karcie	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Nazwa firmy nadrukowana na karcie (dotyczy kart firmowych)	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Opis przyczyny wydania duplikatu karty:

....
(podpis Posiadacza/Użytkownika karty)
i pieczęć firmy (dotyczy kart firmowych)

Data | Pieczątka, podpis osoby upoważnionej | Pieczęć Banku

– –

Potwierdzam odbiór zamówionego duplikatu karty

...., dn. ....

miejscowość, data   Podpis Posiadacza / Użytkownika karty

* prosimy zaznaczyć typ karty,