
(Miejscowość i data)

(Imię i nazwisko/Współposiadacza)

(PESEL)

(Imię i nazwisko/Współposiadacza)

(PESEL)

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z USŁUG

Niniejszym oświadczamy, że od dnia godzina rezygnujemy z dostępnych w ramach Konta nr:

.....
następujących usług **):

- Karta płatnicza nr-.....-..... wydana dla Użytkownika karty
i jednocześnie oświadczamy, że **):
 - zobowiązujemy się do zniszczenia karty płatniczej i ponosimy całkowitą odpowiedzialność za transakcje dokonane tą kartą płatniczą
 - potwierdzamy zwrot w/w karty płatniczej do Banku
- informacja o stanie salda w formie wyciągu bankowego

(Podpis Współposiadacza)

(Podpis Współposiadacza)

Potwierdzam przyjęcie rezygnacji i usunięcie usług ze wskazanego Konta

(Miejscowość i data)

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

*) Niepotrzebne skreślić

**) Wybrać właściwą opcję