Dane Posiadacza/y rachunku

Imię i nazwisko Posiadacza rachunku*)	Nazwa Posiadacza rachunku*) reprezentowana przez: 1. …….. 2. ……..
PESEL:	NIP: REGON:

Nr rachunku .....

Bank Spółdzielczy w Czyżewie
Oddział w .....

WNIOSEK
o unieważnienie hasła

Proszę/prosimy o unieważnienie*) hasła ..... służącego do telefonicznego uzyskiwania informacji o stanie środków i obrotach na naszym /ych*) rachunku /ach*) bankowym /ch*),

....
(miejscowość i data) *(podpis/y i stempel Posiadacza rachunku)*

……
(stempel i podpis pracownika Banku)

* niepotrzebne skreślić