BANK SPÓŁDZIELCZY W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH

Załącznik nr 12 do Instrukcji wydawania i obsługi kart debetowych i przedpłaconych
w Banku Spółdzielczym w Ząbkowicach Śląskich

WNIOSEK O ZMIANĘ WYSOKOŚCI LIMITÓW TRANSAKCYJNYCH

Proszę o zmianę wysokości limitów transakcyjnych.

1. Numer karty 2. Imię i nazwisko Posiadacza rachunku/ Użytkownika karty	Nowy limit transakcji gotówkowych		Nowy limit transakcji bezgotówkowych		W tym nowy limit transakcji internetowych	
		PLN		PLN		PLN
		PLN		PLN		PLN
		PLN		PLN		PLN

Przyjmuję do wiadomości, że zmiana limitów w zakresie wskazanym w niniejszej dyspozycji zostanie zrealizowana w terminie do 2 dni roboczych.

Miejscowość, data i podpis Posiadacza rachunku/
Użytkownika karty

Pieczątka i podpis pracownika Banku

Miejscowość, data i podpis Posiadacza rachunku

* *Niepotrzebne skreślić.*

* *Wypełniane przez Posiadacza rachunku będącego klientem instytucjonalnym, w przypadku złożenia dyspozycji podwyższenia wysokości limitów transakcyjnych złożonej przez Użytkownika karty.*