

.....
.....
(nazwa i adres Posiadacza rachunku)

.....
.....
(numer/y* rachunku/ów* bankowego/ych*)

Bank Spółdzielczy w Lesznowoli
Oddział w

WNIOSEK
o unieważnienie hasła/haseł

Proszę/prosimy o unieważnienie*:

- 1) hasła służącego do telefonicznego uzyskiwania informacji o stanie środków i obrotach na naszym /ych* rachunku /ach* bankowym /ch*,
- 2) hasła, które łącznie z hasłem, o którym mowa w pkt 1, służyło do składania dyspozycji przemieszczania środków pomiędzy naszymi rachunkami bankowymi prowadzonymi w oddziale Banku*.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis/y i stempel Posiadacza rachunku)

.....
(stempel i podpis pracownika Banku)

* niepotrzebne skreślić