

Data i godzina wpływu
lub przyjęcia zgłoszenia:

Imię i nazwisko pracownika
przyjmującego zgłoszenie:

Dyspozycja zablokowania dostępu do systemu Internet Banking

Miejscowość, data

Imię i nazwisko Klienta / Posiadacza rachunku

Nr rachunku

**Proszę o zablokowanie dostępu do systemu Internet Banking przez następujących
Użytkowników:**

| Imię i nazwisko użytkownika | Identyfikator |
|-----------------------------|---------------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |

.....
data, pieczęć, podpis Posiadacza rachunku

.....
data, podpis i pieczęć pracownika
przyjmującego zgłoszenie