



Начальнику відділення № _____

(ПІБ начальника відділення)

(ПІБ Клієнта)

(РНОКПП Клієнта)

серія та номер паспорту, дата видачі)

+380 _____

(контактний номер телефону)

ЗАЯВА НА ЗМІНУ ЛІМІТІВ ЕПЗ

Прошу змінити мої поточні карткові добові ліміти для картки № _____
на наступні:

Перелік добових лімітів	Сума, екв.грн.	Кількість операцій
Оплата товарів та/або послуг за добу (у т.ч. мережа Інтернет)		
Отримання готівки за добу		
Разом		

Термін дії лімітів:

на термін з « _ » _____ 202_ р по « _ » _____ 202_ р

на весь термін дії картки

Наслідки зміни/відміни лімітів та обмежень мені відомі. У разі незаконного використання платіжної картки та/або її реквізитів (здійснення несанкціонованих або шахрайських операцій), претензій до АТ «БАНК СІЧ» не маю, та згоден на відшкодування завданих Банку збитків.

« _ » _____ 202_ р.

Підпис Клієнта

ВІДМІТКИ БАНКУ

Дата, час отримання Банком заяви “ _ ” _____ 202_ р. о _____ год.

Заяву прийняв _____

ПІБ

Підпис