



Начальнику відділення № _____

(ПІБ начальника відділення)

(найменування юридичної особи або ФОП)

(код за ЄДРПОУ / РНОКПП)

(ПІБ керівника юридичної особи)

+380 _____

(контактний номер телефону)

ЗАЯВА НА ЗМІНУ ЛІМІТІВ ЕПЗ

Прошу змінити поточні добові ліміти для корпоративної платіжної 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 «_» _____ 20__ р по «_» _____ 20__ 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.

«_» _____ 20__ р.

_____ / _____
підпис М.П.(за наявності) Керівник юридичної особи / ФОП
(ПІБ)

ВІДМІТКИ БАНКУ

Дата, час отримання Банком заяви «_» _____ 20__ р. о _____ год.

Заяву прийняв _____

ПІБ

Підпис