Spółdzielcza Grupa Bankowa
Bank Spółdzielczy w Ożarowie

FORMULARZ REKLAMACYJNY

……..
stempel nagłówkowy placówki banku

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza:

Imię i nazwisko posiadacza/użytkownika karty	
Numer karty	____ ____ ____ ____
Numer rachunku, do którego wydano kartę	__ ____ ____ ____ ____ ____ ____
Data transakcji	
Kwota transakcji (PLN)	
Nazwa usługodawcy	
Miasto	
Państwo	

Prosimy o zaznaczenie tylko jednego z poniższych punktów

☐ Powyższa transakcja nie była dokonana przeze mnie i nikogo nie upoważniłem (am) do jej dokonania.
☐ Nie dokonywałem (am) zamówienia telefonicznego ani pocztowego na wskazaną transakcję.
☐ Nie otrzymałem (am) gotówki z bankomatu, a mój rachunek został obciążony.
☐ Dokonałem (am) tylko jedną transakcję, natomiast zostałem (am) obciążony podwójnie.
☐ Kwota dokonanej przez mnie transakcji wynosi ……... PLN, a nie …….. PLN. Załączony przez mnie rachunek wskazuje prawidłową kwotę.
☐ Kwota dokonanej przez mnie wypłaty wynosi ……. PLN, a nie …….. PLN. Załączone przeze mnie potwierdzenie wskazuje kwotę wypłaty.
☐ Nie dokonywałem (am) rezerwacji ……
☐ Rezerwacja została odwołana w dniu ……..…… pisemnie/telefonicznie. Numer anulowania rezerwacji ……..
☐ Rachunek uregulowałem (am) gotówką / inną kartą, a mój rachunek został obciążony z tytułu płatności kartą płatniczą.
☐ Inne ……

Do niniejszej reklamacji załączam następujące dokumenty:
……
……
……

Potwierdzam, że karta była cały czas w moim posiadaniu.

…… , dn. ……

……
podpis posiadacza/użytkownika karty
zgodny z podpisem na karcie

Potwierdzenie przyjęcia reklamacji przez bank:

……
data, stempel i podpis pracownika
placówki banku oraz nr telefonu