Załącznik nr 12
do „Regulaminu otwierania i prowadzenia rachunku bieżącego i pomocniczego dla klientów instytucjonalnych w BS w Halinowie

Wniosek o otwieranie i prowadzenie lokat typu O/N over/night

Wypełnia Posiadacz rachunku

Miejscowość | data (dd-mm-rrrr)

Bank Spółdzielczy w Halinowie Oddział/Filia w .....

Imię i nazwisko Posiadacza rachunku*	Nazwa Posiadacza rachunku* reprezentowana przez: 1. 2.
PESEL	NIP..... REGON .....

Z dniem .....z salda rachunku o Nr :

proszę o tworzenie lokat typu O/N over/night w PLN/EUR/USD*

Podpis Posiadacz rachunku

.....

Wypełnia Oddział/Filia BS w Halinowie

Bank Spółdzielczy w Halinowie Odział/Filia w .....potwierdza przyjęcie dyspozycji otwierania i prowadzenia lokat terminowych typu O/N over/night z salda w PLN/EUR/USD* na rachunku o Nr ..... począwszy od dnia .....

Podpis upoważnionego pracownika działającego w imieniu BS w Halinowie, pieczęć dzienna i funkcyjna

Zlecenia odwołano dnia

Podpis Posiadacz rachunku

Podpis upoważnionego pracownika działającego w imieniu BS w Halinowie, pieczęć dzienna i funkcyjna

* niepotrzebne skreślić