

(Nazwa Posiadacza rachunku)	(Miejscowość i data)
Numer rachunku	

DYSPOZYCJA ZLECENIA STAŁEGO	
☐ ZŁOŻENIE ☐ ZMIANA ☐ ODWOŁANIE	
NAZWA ODBIORCY	
ADRES ODBIORCY	
NR RACHUNKU ODBIORCY PŁATNOŚCI	
TYTUŁ PŁATNOŚCI	
KWOTA PŁATNOŚCI I WALUTA	
TERMIN PŁATNOŚCI <i>(np. 10-go)</i>	
CZĘSTOTLIWOŚĆ <i>(np. miesięcznie, co 1, 2 miesiące)</i>	
DATA ROZPOCZĘCIA	
DATA ZAKOŃCZENIA	
DATA ODWOŁANIA	

Przyjmuję do wiadomości, że Bank nie będzie mógł realizować płatności w przypadku braku wolnych środków na rachunku dla realizacji zleceń stałych.

Realizacja zleceń stałych przez Bank nastąpi po wpływie na rachunek środków.

Miejscowość, data	
	Potwierdzam sprawdzenie zgodności podpisów i tożsamości osób składających podpisy w imieniu Posiadacza rachunku
(podpis Posiadacza rachunku/Pełnomocnika)	(Stempel memoriałowy, podpis i pieczęć funkcyjna Pracownika Banku)