

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY EBOK

prosimy wypełnić pismem drukowanym wszystkie stosowne rubryki, pola zaciemnione wypełnia pracownik FSM

Imię i Nazwisko Klienta*	PESEL
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość*	Seria i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adres lokalu, którego ma dotyczyć konto w e-BOK (kod poczt., miejscowość, nazwa ulicy, nr domu/nr lokalu) *

Adres kontaktowy Klienta (miejscowość, kod pocztowy, nazwa ulicy, nr domu/nr lokalu)

Telefon kontaktowy	Adres email *
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rodzaj zgłoszenia **	
Rejestracja konta w e-BOK	Usunięcie konta z e-BOK

Data wypełnienia formularza (dd-mm-rrrr)	Podpis Klienta
<input type="text"/>	<input type="text"/>

* wymagane wypełnienie, ** niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że przyjąłem(-am) do wiadomości Regulamin Elektronicznego Biura Obsługi Klienta EBOK i akceptuję go.

.....
data i podpis Klienta

Kod lokalu którego dotyczy konto w e-BOK	
<input type="text"/>	
Data rejestracji konta w e-BOK	Data usunięcia konta z e-BOK
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data przyjęcia formularza	Pieczęć funkcyjna i podpis pracownika FSM przyjmującego formularz
<input type="text"/>	<input type="text"/>