*Załącznik 4.25*

**Dyspozycja zablokowania dostępu do systemu eBankNet**

Data i godzina przyjęcia zgłoszenia

Imię i nazwisko pracownika

przyjmującego zgłoszenie

Imię, Nazwisko oraz adres Klienta

Nr rachunku

Login

Proszę o zablokowanie dostępu do usług eBankNet .

Podpis osoby składając dyspozycję

Dokonano zablokowania dostępu do systemu eBankNet.

stempel kasowo-memoriałowy i podpis pracownika