



ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ (*): CIF (*):

INTERNET BANKING

Αίτηση νομικού προσώπου για σύνδεση/αποσύνδεση επαγγελματικών καρτών
στην υπηρεσία εναλλακτικών δικτύων

Στοιχεία νομικού προσώπου (εταιρεία/οργανισμός)

Επωνυμία: Αρ. Εγγραφής:
Ημερ. Εγγραφής : Χώρα:

Σύνδεση/Αποσύνδεση Επαγγελματικών Καρτών (**)

| User Id (***) Χρήστη | Αρ. Ταυτ/ Διαβατηρίου | Ονοματεπώνυμο Χρήστη | Σύνδεση | Αποσύνδεση |
|-------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Παρακαλούμε όπως εγκρίνετε το παρόν αίτημα για σύνδεση/αποσύνδεση όλων των Επαγγελματικών Καρτών της Εταιρείας/Οργανισμού μας στην Υπηρεσία Internet Banking για τους πιο πάνω αναφερόμενους χρήστες, σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις που αναγράφονται στη Σύμβαση Παροχής Τραπεζικών Υπηρεσιών μέσω Εναλλακτικών Δικτύων.

Τόπος / ημερομηνία:

Έχει ελεγχθεί η πληρότητα και η ορθότητα των πιο πάνω πληροφοριών και ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ το παρόν αίτημα.

ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ
ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ

.....
(Σφραγίδα και υπογραφή(ες) εκπροσώπου(ων) νομικού προσώπου)

(*) Να συμπληρωθεί από το Κατάστημα

(**) Η σύνδεση ή αποσύνδεση μπορεί να πραγματοποιηθεί για όλες τις Επαγγελματικές κάρτες ή για καμία

(***) Υποχρεωτικό πεδίο – Να συμπληρωθεί από το Νομικό Πρόσωπο