**Заява**

Дата заповнення: \_\_.\_\_.201\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Найменування Клієнта* |  | |
|  | *(повне найменування Клієнта)* | |
| *Код за ЄДРПОУ/Реєстраційний номер облікової картки платника податків* | |  |

Прошу АБ «УКРГАЗБАНК» (далі – Банк) забезпечити підключення до послуги наскрізного обслуговування через відділення Банку в межах розрахунково-касового та депозитного обслуговування з \_\_\_.\_\_\_.201\_\_.

Погоджуюсь з правом Банку в будь-який час відключити \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ від наскрізного обслуговування без надання пояснень. *(найменування Клієнта)*

Сторони погоджуються, що ця Заява про застосування наскрізного обслуговування є достатньою для встановлення Банком визначених в ній меж обслуговування та за своєю юридичною силою прирівнюється до підписаних уповноваженою особою Клієнта і завіреними відбитками печатки Клієнта умовами обслуговування.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  | *(Посада керівника/найменування Клієнта)* |  | *(підпис)*  *М.П. (за наявності)* |  | *(Прізвище та ініціали)* |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Відмітки банку**  Заяву про застосування наскрізного обслуговування прийняв та перевірив  Засвідчую справжність підпису Клієнта, який зроблено у моїй присутності | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  | *(Посада уповноваженої особи Банку)* |  | *(підпис)*  *М.П.* | |  | *(Прізвище та ініціали)* |  |
| Назва установи Банку:  АБ «УКРГАЗБАНК» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [[1]](#footnote-1) | | | | Місцезнаходження установи Банку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1 | | |

1. *Зазначається назва та/або № / місцезнаходження відділення* [↑](#footnote-ref-1)