

**ЗАЯВА ПРО ПРИПИНЕННЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ / ПРОДУКТІВ**

Найменування (Повне і точне) клієнта банку, що надає заяву на припинення послуги	
Код ЄДРПОУ/Реєстраційний номер платника податків	
В особі	
Який діє на підставі	
Місце та дата заповнення Заяви	

Просимо припинити надання послуг/продуктів, які надаються згідно ДКБО СГ № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ :  
 Розірвати ДКБО СГ № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ повністю

**або припинити надання наступних послуг:**

(вказати назву продукту або послуги та № та дату Заяви, на підставі якої вона/вони надаються)

- \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Підписанням цієї Заяви, Клієнт згоден з умовами закриття банківської послуги та/або банківського продукту, що визначені ДКБО СГ та підтверджує, що з підписанням цієї Заяви про розірвання ДКБО СГ також виявляє свій намір припинити дію відповідного Договору про надання банківської послуги, а відкриті на його підставі рахунки доручає закрити, з врахуванням вимог чинного законодавства та умов відповідного ДКБО СГ.

Клієнт погоджується, що ця Заява в двох примірниках, у випадку її підписання Сторонами та скріплення печатками Сторін є підтвердженням наміру припинити дію Договору про надання банківської послуги у письмовій формі з наслідками, визначеними умовами ДКБО СГ.

Ця Заява про розірвання Договору про надання банківської послуги є невід'ємною частиною Договору про надання банківської послуги, складена у двох примірниках (по одному для кожної зі Сторін) та набирає чинності з моменту її підписання Сторонами.

<p><b>БАНК</b>  <b>АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «АКЦІОНЕРНИЙ БАНК «РАДАБАНК»</b>                  (реквізити вказані в розділі «РЕКВІЗИТИ БАНКУ» ДКБО СГ)</p> <p>В особі_(ПІБ, посада) _____                  Який діє на підставі_(статут, довіреність) _____</p> <p>м.п. підпис _____</p> <p><i>Виконавець</i></p>	<p><b>КЛІЄНТ *</b></p> <p>місцезнаходження якого за адресою: _____                  Код ЄДРПОУ/Реєстраційний номер платника податків ІВАН _____ у АТ "АБ "РАДАБАНК"                  _____                  Тел. _____ Email _____</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*\*Підписом Клієнта підтверджується отримання другого екземпляру ДКБО СГ та ознайомлення з тарифами банку.*

**ВІДМІТКИ БАНКУ**

Дата отримання банком Заяви " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ р-

Уповноважений працівник  
 надавача платіжних послуг (Банку)

\_\_\_\_\_ (посада, підпис, ПІБ)

Контролер

\_\_\_\_\_ (посада, підпис, ПІБ)