

В Отдел платежных средств АО АКБ «НОВИКОМБАНК»

От г-на(жи) _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

Кем выдан _____

Когда выдан _____

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИИ ЛИМИТОВ НА СОВЕРШЕНИЕ ОПЕРАЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КАРТЫ (ЕЕ РЕКВИЗИТОВ)

Прошу изменить лимиты на совершение операций с использованием Карты (ее реквизитов), открытой на (указать «на мое имя» или фамилию и имя представителя) _____

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

на следующие:

По сумме операций (в долларах США) сроком действия до « _____ » _____ 20 _____ года					
ежедневные			Ежемесячные		
На операции выдачи наличных	На операции в торговой-сервисной сети	На операции, совершенные с использованием реквизитов Карты (интернет, бронирование и пр.)	На операции выдачи наличных	На операции в торговой-сервисной сети	На операции, совершенные с использованием реквизитов Карты (интернет, бронирование и пр.)
Общий ежемесячный лимит на совершение всех видов операций совокупно (в долларах США)**:					
По количеству операций (шт.) сроком действия до « _____ » _____ 20 _____ года					
ежедневные			Ежемесячные		
На операции выдачи наличных	На операции в торговой-сервисной сети	На операции, совершенные с использованием реквизитов Карты (интернет, бронирование и пр.)	На операции выдачи наличных	На операции в торговой-сервисной сети	На операции, совершенные с использованием реквизитов Карты (интернет, бронирование и пр.)

* В случае, если поле не заполнено Клиентом, то Банк устанавливает лимиты на проведение соответствующих операций по Карте в соответствии с действующими Тарифами Банка.

** Значение данного лимита ограничивает суммарно проведение любых видов расходных операций по карте

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____ (подпись)

Для отметок банка

Заявление принял(а)

--	--	--	--

Должность работника Банка

Фамилия И.О.

Подпись

Дата

Согласовано

--	--	--	--

Должность работника Банка

Фамилия И.О.

Подпись

Дата

Лимиты изменены

--	--	--	--

Должность работника ОПС

Фамилия И.О.

Подпись

Дата