



Powiatowy Bank Spółdzielczy
w Strzelinie

imię i nazwisko

PESEL

Seria i numer dokumentu(ów) tożsamości

OŚWIADCZENIE/ ZGODA NA DOKONANIE KSEROKOPII DOKUMENTU

Niniejszym oświadczam, iż wyrażam zgodę na dokonanie kserokopii mojego *
oraz na przechowywanie powyższych danych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych
(Dz. U. z 2002 r. nr 101 poz. 926 z późn. zm.)

miejsowość, data, podpis

Stempel funkcyjny i podpis pracownika banku

* nazwa dokumentu, za wyjątkiem paszportu, dowodu osobistego i tymczasowego dowodu osobistego