



Towarzystwo Opieki  
nad Ociemniałymi w Laskach

## Cofnięcie zgody na obciążanie rachunku

UWAGA: Proszę wypełnić identycznie obie części formularza i przesać na adres Towarzystwa

Niniejszym wycofuję zgodę na obciążanie przez:

**Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi, Laski, ul. Brzozowa 75, 05-080 Izabelin, NIP: 527-020-99-13**

Identyfikator odbiorcy:

wskazanego poniżej rachunku bankowego w drodze Polecenia Zapłaty.

Otrzymuje Towarzystwo

Nazwa i dokładny adres darczyńcy  
(taki jaki widnieje w banku):

Numer rachunku bankowego darczyńcy:

-     -     -     -     -     -

Nazwa banku prowadzącego rachunek bankowy darczyńcy:

Identyfikator płatności (wypełnia Towarzystwo):

Niniejszy dokument wycofuje jednocześnie zgodę dla wskazanego powyżej banku na obciążanie mojego rachunku bankowego w drodze Polecenia Zapłaty wobec w/w odbiorcy.

Miejscowość

Data

Podpis darczyńcy - właściciela rachunku bankowego  
zgodny z bankową kartą wzoru podpisu



Towarzystwo Opieki  
nad Ociemniałymi w Laskach

## Cofnięcie zgody na obciążanie rachunku

UWAGA: Proszę wypełnić identycznie obie części formularza i przesać na adres Towarzystwa

Niniejszym wycofuję zgodę na obciążanie przez:

**Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi, Laski, ul. Brzozowa 75, 05-080 Izabelin, NIP: 527-020-99-13**

Identyfikator odbiorcy:

wskazanego poniżej rachunku bankowego w drodze Polecenia Zapłaty.

Otrzymuje bank darczyńcy

Nazwa i dokładny adres darczyńcy  
(taki jaki widnieje w banku):

Numer rachunku bankowego darczyńcy:

-     -     -     -     -     -

Nazwa banku prowadzącego rachunek bankowy darczyńcy:

Identyfikator płatności (wypełnia Towarzystwo):

Niniejszy dokument wycofuje jednocześnie zgodę dla wskazanego powyżej banku na obciążanie mojego rachunku bankowego w drodze Polecenia Zapłaty wobec w/w odbiorcy.

Miejscowość

Data

Podpis darczyńcy - właściciela rachunku bankowego  
zgodny z bankową kartą wzoru podpisu