**Dyspozycja odblokowania dostępu do rachunków w Systemie eCorpoNet**

**Dane Klienta**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Klienta: |  |
| Adres: |  |
| Nr modulo: |  |

**Proszę o odblokowanie dostępu do systemu eCorpoNet następujących Użytkowników:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Identyfikator** | **Blokada** |
|  |  | **Logowania Użytkownika**  **Akceptacja dyspozycji** |
| **Przywrócenie hasła pierwotnego (domyślnie TAK)**  **NIE** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
| Miejscowość i data |  | Pieczęć firmowa Klienta i podpisy osób upoważnionych/podpis użytkownika |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Data i godzina odblokowania |  | Podpis pracownika Banku |