

Erreur de distributeur automatique ATM: Formulaire de demande de remboursement

VEUILLEZ FOURNIR LES INFORMATIONS SUIVANTES

Date

Nom du client (nom de famille, prénom)

Numéro de la carte (Veuillez indiquer les six premiers et les quatre derniers chiffres **UNIQUEMENT**)

X X X X X X

Numéro de compte

Numéro de téléphone

Type de transaction

ATM POS RECHARGE AUTRES (à préciser) _____

Type d'erreur de distribution

Pas de distribution Distribution partielle AUTRES (à préciser) _____

Montant de la transaction

Montant Total (en Chiffres):	Montant Total en mots :
------------------------------	-------------------------

Date de la transaction Heure de la transaction

Je vous prie de bien vouloir enquêter sur cette affaire et de créditer mon compte.

Nom du titulaire de la carte

Signature et date

À L'USAGE EXCLUSIF DES SUCCURSALES

Responsable E-Biz: Nom, Signature & Date

Superviseur E-Biz : Nom, signature & date