

Beiðni um að fella niður skuldfærslu

Dagsetning: \_\_\_\_\_

Ég óska eftir því að fella niður mánaðarlega skuldfærslu á kortareikningi mínum.

Frá: \_\_\_\_\_

Til: \_\_\_\_\_

Framvegis: \_\_\_\_\_

Kortnúmer / Kennitala: \_\_\_\_\_

Samþykk(ur): \_\_\_\_\_

Starfsmaður: \_\_\_\_\_