



BANK SPÓŁDZIELCZY W POŁCZYNIE - ZDROJU

FORMULARZ SKARGI WS. DOSTĘPNOŚCI NIEKTÓRYCH PRODUKTÓW I USŁUG

Przedmiot skargi	
Czego dotyczy skarga? Zaznacz odpowiednie okienko i wpisz nazwę produktu lub usługi.	☐ produkt nazwa produktu:
	☐ usługa nazwa usługi:

Moje dane	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)	
Adres e-mail	
Numer telefonu	

Opisz, jakiego wymagania dostępności nie spełnia produkt lub usługa
Oferowany przez bank produkt lub usługa nie spełnia wymagania dostępności w zakresie:

Opisz, na czym polega Twoje żądanie dotyczące zapewnienia dostępności produktu lub usługi

Żądam, aby bank spełnił wymóg dostępności ww. produktu lub usługi poprzez:

.....
.....

Wymień załączniki, jeśli chcesz je dołączyć do skargi

- 1)
- 2)
- 3)

Wskaż, co możemy zrobić, by produkt lub usługa spełniały wymagania dostępności

Preferowanym przeze mnie sposobem, który zapewni produktom lub usługom wymagania dostępności jest:

.....
.....

Moje oświadczenia

Proszę o udzielenie odpowiedzi na skargę na mój **adres e-mail**.

.....
(data i czytelny podpis składającego skargę)

Oświadczenie pracownika banku

Oświadczam, że przyjąłem skargę [data] roku.

.....
(data, czytelny podpis i pieczęć pracownika banku)