

5. OVJERA PODNOSITELJA ZAHTJEVA⁶

(datum)

M.P.

(potpis)

6. POPUNJAVA I POTPISUJE JEDINICA KOJA JE ZAPRIMILA ZAHTJEV

Mjesto zaprimanja _____

Datum zaprimanja _____

Djelatnik _____

Potpis _____

7. POPUNJAVA I POTPISUJE ORGANIZACIJSKA JEDINICA BANKE KOJA RJEŠAVA ZAHTJEV

Mjesto zaprimanja _____

Datum zaprimanja _____

Djelatnik _____

Potpis _____

Evidencijski broj zaprimanja: _____

Zahtjev dostaviti na e-mail: reklamacije-spp@kaba.hr; fax 047/611-021; 047/614-316, Vama najbližu poslovnicu ili na adresu: Karlovačka banka d.d., Sektor platnog prometa, V. Mačeka 8, 47000 Karlovac ili Odjel podrške korisnicima, V. Mačeka 8, 47000 Karlovac
Obrada će biti provedena u najkraćem mogućem roku. O tijeku postupka vezanog za rješavanje Vašeg Zahtjeva možete se informirati u Sektoru platnog prometa za poslovne subjekte na broj telefona +385 (0)47 417 340 ili +385(0)47 417 363 ili putem e-mail adrese: reklamacije-spp@kaba.hr te u organizacijskom dijelu Banke u kojem ste podnijeli obrazac.

⁶ Zahtjev treba biti potpisan sukladno ovlaštenjima za raspolaganje sredstvima na papirnom mediju.