



Spółdzielcza Grupa Bankowa

Bank Spółdzielczy w Sławnie

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/adres do e-Doręczeń*:

.....

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:

- ☐ papierowo na adres:
- ☐ na mój adres e-mail/adres do e-Doręczeń*:

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

Oświadczenie pracownika banku

Oświadczam, że przyjąłem skargę [data] roku

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

*niepotrzebne skreślić