

استمارة إقرار للزبائن ذوي الإعاقة والأميين



امسح الرمز للإرشادات بلغة الإشارة

نقر بأننا قد قرأنا وفهمنا الشروط والأحكام المتعلقة بالخدمة المطلوبة في هذه الإستمارة وأننا نوافق عليها كما نؤكد بأن الفاضل / الفاضلة (كما هو مبين أدناه) قد فهم / فهمت جميع الشروط والأحكام التي وافق / وافقت عليها ويتعهد / تتعهد بالالتزام بما تم فهمه بشأن الالتزامات تجاه بطاقة الخصم (إذا طُلب ذلك).

اختر الخدمة المطلوبة:

فتح حساب طلب بطاقة خصم خدمة أخرى:

نيابة عن:

الفاضل / الفاضلة:

رقم بطاقة الأحوال المدنية / بطاقة المقيم:

رقم بطاقة ذوي الإعاقة: أو حدد ما إذا كانت البطاقة غير متوفرة / صادرة عن وزارة الشؤون الاجتماعية

حدد نوع ذوي الإعاقة / الأميين مما يلي

لا يمكن قراءة برايل

يمكنه قراءة برايل

أُمِّي

إعاقة جسدية (غير قادر على التوقيع)

الشهود:

رجلان أو رجل وامرأتان

(للمعاقين بصريًا ، يمكن أن يشهد اثنان من موظفي البنك ، إذا طلب الزبون ذلك)

1- اسم الشاهد:

رقم البطاقة الشخصية: التاريخ:

التوقيع: الجنس: ذكر أنثى

2- اسم الشاهد:

رقم البطاقة الشخصية: التاريخ:

التوقيع: الجنس: ذكر أنثى

3- اسم الشاهد:

رقم البطاقة الشخصية: التاريخ:

التوقيع: الجنس: ذكر أنثى



التوقيع/ بصمة الإبهام

لإستخدام البنك فقط

- أقر بأنني قمت بمقابلة الزبون والشهود شخصيًا وشرح جميع الشروط والأحكام.
 أقر بأن الزبون على فهم ودراية بشروط وأحكام فتح حساب بنكي جديد / طلب بطاقة الخصم / أي خدمة أخرى تُطلب من قبل الزبون.
 أقر بأن الشهود ليسوا من موظفي البنك باستثناء الزبائن من ذوي الإعاقة البصرية إذا تطلب الأمر.

تمت المراجعة بواسطة:

تمت الموافقة بواسطة:

التوقيع:

التاريخ: