



استمارة إقرار للزبائن ذوي الإعاقة والأميين

استمارة إقرار للزبائن ذوي الإعاقة والأميين

نقر بأننا قد قرأنا وفهمنا الشروط والأحكام المتعلقة بالخدمة المطلوبة في هذه الإستمارة وأنها نوافق عليها كما نؤكد بأن الغاضل / الغاضلة (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 / الغاضلة:

رقم بطاقة الأحوال المدنية / بطاقة المقيم:

رقم بطاقة ذوي الإعاقة:

أو

حدد ما إذا كانت البطاقة غير متوفرة / صادرة عن وزارة الشؤون الاجتماعية

الزبائن من ذوي الإعاقة والأميين (أكمل فقط إذا ينطبق)

اختر مما يلي:

- إذا كان معاق بصرياً* يمكنه قراءة برايل لا يمكنه قراءة برايل إعاقة جسدية (غير قادر على التوقيع)* أمي*

الشهود:

رجلان أو رجل وامرأتان
(للمعاقين بصرياً، يمكن أن يشهد اثنان من موظفي البنك، إذا طلب الزبون ذلك)

1- اسم الشاهد:

رقم البطاقة الشخصية:

التوقيع:

التاريخ:

ذكر أنثى

2- اسم الشاهد:

رقم البطاقة الشخصية:

التوقيع:

التاريخ:

ذكر أنثى

3- اسم الشاهد:

رقم البطاقة الشخصية:

التوقيع:

التاريخ:

ذكر أنثى



التوقيع / بصمة الإبهام

لإستخدام البنك فقط

- أقر بأنني قمت بمقابلة الزبون والشهود شخصياً وشرح جميع الشروط والأحكام.
- أقر بأن الزبون على فهمه 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.

مدقق من قبل:

التوقيع:

التاريخ: