

**REVOCACTION OF PAYMENT
AUTHORIZATION /
ODWOŁANIE AUTOMATYCZNEJ
PŁATNOŚCI**



PSFCU Information/ Dane w PSFCU:

Account Number/ _____

Numer Konta

Name / *Imię i Nazwisko* _____

Authorization Being Revoked /

Odwołanie Automatycznej Płatności:

Financial Institution/ _____

Nazwa Banku

Amount / Kwota _____

ABA # _____ Account Type /Rodzaj Konta _____

Date Payments Terminate/ _____ *(Please allow 45 days from the date of
this notice for payment termination/*

Data Odwołania Płatności

*Prosimy pozostawić 45 dni na
wprowadzenie zmiany)*

As per Authorization Agreement for Direct Payments signed when payments were initiated I hereby provide notice of termination of payments from the institution indicated above. I understand that upon delivery of this notice the PSFCU will have 45 days to cancel previously given authorization.

Według zobowiązania podjętego przy zawarciu Umowy o Pobieranie Automatycznych Płatności, niniejszym zawiadamiam o odwołaniu wyżej wymienionej płatności według instrukcji podanych powyżej. Przyjmuję również do wiadomości, że niniejsze odwołanie może być efektywne po upływie 45-ciu dni od daty przyjęcia zgłoszenia.

Account Holder Signature

Date