Limanowa , dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ roku

**Pełnomocnictwo do zwolnienia z tajemnicy bankowej**

**Imię i nazwisko Konsumenta:**

**Adres zamieszkania:**

**udzielam pełnomocnictwa**

**Nazwa podmiotu:**

**Adres:**

do przekazania w formie pisemnej jak i telefonicznej **Powiatowemu Rzecznikowi Konsumentów** w Limanowej (ul. Józefa Marka 9, 34-600 Limanowa), wszelkich informacji objętych tajemnicą bankową, dotyczących:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (podpis)

***Podstawa prawna****:*

### *art. 104 ust. 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku Prawo bankowe (Dz.U.2022.2324 t.j.)*