## إقرار العميل ذي الاحتياجات الخاصة Special Needs Customer Declaration



ملاحظة: الرجاء تعبئة هذا الطلب بخط واضح والتوقيع في الفراغ المخصص لذلك.

Note: Please complete in BLOCK letters and sign in the appropriate space.

www.banknizwa.om

The Branch Manager Bank Nizwa Branch:		لفاضل/مدير الفرع المحترم نك نزوم مرع: ــــــــــــــــــــــــــــــــــــ
Based on my application to the Bank dated		- ناء علم طلبي المقدم إلى البنك بتاريخ يوم الله الله الله الله الله الله الله الله
to provide me with an ATM card for my account	no.	لتزويدي ببطاقة صراف آلب علم حسابي بالبنك رقم
with the Bank, and as I am aware of the consequence a card, I hereby acknowledge and accept assume all my transactions carried out on my account the Machine, inside or outside the Sultanate and I safe custody of the ATM card and its PIN number to me by Bank Nizwa upon my own request.	e full responsibility for nrough any ATM/ POS shall be liable for the	وإدراكا مني وقبولاً لما قد يترتب على إصدار هذه البطاقة، فإنني بموجب هذا أقر وأقبل بتحمل كامل المسؤولية عن إصدار البطاقة لي وعلى وجه الخصوص أتحمل عسؤولية كافة المعاملات التي تتم على حسابي المذكور عبر أي من أجهزة الصراف لألي/ نقاط البيع سواء داخل السلطنة أو خارجها. وأتحمل مسؤولية الحفاظ على لبطاقة والرقم السري اللذين يصدرهما لي البنك بناء على طلبي.
I admit that the employee of the Bank, in the pres mentioned below, has read and explained to conditions related to the use of the card through and clarified to me the risk and consequences e	me all the terms and gh ATM/POS Machine	وأقر أن موظف البنك، وبحضور الشاهدين المذكورين أدناه، قد قرأ لي وأطلعني على كافة الشروط والبنود المتعلقة باستخدام البطاقة عبر أجهزة الصراف الألي/نقاط البيع كما أوضح لي المخاطر والعواقب المترتبة على ذلك.
I also admit that I have personally received frocard, as well as a copy of the Bank's terms are understood and accepted its content.	•	وأقر بأني قد استلمت شخصياً من البنك بطاقة الصراف الآلي الخاصة بي، وكذلك قد ستلمت نسخة الشروط والبنود الخاصة بالبنك وفهمت ووافقت علم محتوياتها.
I also hereby declare that neither the Bank nor are responsible for my transaction related to indemnify the Bank against any request or cladamages from the use of the ATM/PIN/POS.	o ATM/PIN/POS and	دما أحرك أيضاً بأن البنك أو أب من موظفيه لا يتحملون مسؤولية المعاملات التي تتم ببر أجهزة الصراف الألب/الرقم السرب/نقاط البيع، وأتنازل عن حقب فب أب ادعاء علب لبنك أو مطالبة بأب عطل أو ضرر أو خسارة من جراء المعاملات التب تتم عبر الصراف لألب/ استخدام الرقم السرب/نقاط البيع.
Right Thumb Impression بصمة الابهام الأيمن	Name of the Custom	er اسم العميل
Signature التوقيع	Name of the Witness	اسم الشاهد (۱) (1)
التوقيع Signature	Name of the Witness	اسم الشاهد (۲)

مركز الاتصال: Call Centre: 800 700 60

لاستخدام الفرع فقط FOR BRANCH USE			
التوقیع :Signature	اسم / رقم الموظف Staff Name/No.		
التاريخ Date	توقيع مدير الفرع / مساعد مدير الفرع والختم BM/ABM Signature & Stamp:		
لاستخدام عمليات البطاقات فقط FOR CARD OPERATION USE ONLY			
تاريخ ووقت الاستلام والختم Date/Time Received & Stamp	تمت المراجعة بواسطة Processed by: تم التحقق من البيانات المقدمة واعتمدت من قبل Verified by:		