Bank Spółdzielczy w Kościerzynie

WNIOSEK o Kartę Visa Business Electron

Prosimy o staranne wypełnienie niniejszego wniosku używając drukowanych liter.

Pieczątka Placówki Banku

Proszę o wydanie Karty Visa Business Electron

Dane Posiadacza rachunku

imię i nazwisko/nazwa i siedziba Posiadacza rachunku

Nr Rachunku

nazwa Firmy nadrukowana na karcie (maksymalnie. 21 znaków)

Adres /siedziba Posiadacza rachunku

kod: poczta: miejscowość:

ulica: nr domu/mieszkania

Dane personalne Użytkownika karty

imię nazwisko

imię i nazwisko do umieszczenia na karcie (max 21 znaków)

nr PESEL: seria i nr dowodu tożsamości:

data urodzenia (dd/mm/rrrr): - - miejsce urodzenia:

obywatelstwo: imię ojca:

imię matki nazwisko panieńskie matki:

Adres stałego zameldowania

kod: poczta: miejscowość:

ulica: nr domu/mieszkania

tel. stacjonarny: tel. komórkowy:

Adres do korespondencji

(proszę wypełnić jedynie w przypadku, gdy adres do korespondencji jest inny niż adres stałego zameldowania)

kod: poczta: miejscowość:

ulica: nr domu/mieszkania

Deklaracja Wnioskodawcy

Oświadczam, że:

1. Wszystkie podane we Wniosku dane są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego zawiadomienia Banku w przypadku ich zmiany.
2. Zapoznałem się z treścią Regulaminu świadczenia usług w zakresie prowadzenia rachunków bankowych, wydawania kart do rachunków oraz usług bankowości elektronicznej dla klientów w Banku Spółdzielczym w Kościerzynie, w zakresie funkcjonowania karty, której dotyczy niniejszy wniosek i akceptuję jego treść.
3. Wyrażam zgodę na udostępnienie danych personalnych zawartych we Wniosku innym wydawcom kart płatniczych oraz ich organizacjom, w celu zapobiegania fałszerstwom i nadużyciom związanym z używaniem kart.
4. *PEŁNOMOCNICTWO: Udzielam niniejszym pełnomocnictwa osobie wymienionej we wniosku do dokonywania* w moim imieniu i na moją rzecz operacji przy użyciu karty, której dotyczy niniejszy wniosek, operacji określonych w umowie o kartę płatniczą oraz Regulaminie. Jednocześnie zrzekam się prawa do odwołania pełnomocnictwa do momentu zwrotu do Banku karty wydanej pełnomocnikowi lub jej skutecznego zastrzeżenia
5. Proszę o ustalenie dziennych limitów:
   limit wypłat gotówki |_____| zł limit operacji bezgotówkowych |_____| zł
6. Proszę o: ☐ przesyłanie/ ☐ nie przesyłanie miesięcznych zestawień transakcji*).
7. ☐ Wyrażam zgodę/ ☐ nie wyrażam zgody*) na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów marketingowych, promocyjnych i statystycznych przez Bank Spółdzielczy oraz/lub Gospodarczy Bank Wielkopolski S.A. w Poznaniu. Zgoda ta obejmuje również przetwarzanie moich danych osobowych w przyszłości, jeżeli nie zmieni się cel przetwarzania.
8. Oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia:
   1) Ja, niżej podpisana/y ☐ przystępuję/ ☐ nie przystępuję*) do odpłatnych Pakietów Ubezpieczeń:
      ☐ Bezpieczna Karta – wariant: ☐ Classic lub ☐ Gold
      ☐ Bezpieczny Podróżnik - wariant: ☐ Classic lub ☐ Gold
      ☐ Bezpieczna Karta i Bezpieczny Podróżnik- wariant: ☐ Classic lub ☐ Gold
      w Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych na warunkach zawartych w Szczegółowych Warunkach Ubezpieczenia Pakiet Bezpieczna Karta oraz Pakiet Bezpieczny Podróżnik.
      Oświadczam, że zapoznałem/łam się z warunkami zamieszczonymi w Szczegółowych Warunkach Ubezpieczenia Pakiet Bezpieczna Karta oraz Pakiet Bezpieczny Podróżnik oferowanych do kart płatniczych i akceptuję ich brzmienie.
   2) uprawniony do odbioru świadczenia (Pakiet Bezpieczny Podróżnik)

      imię |_____| nazwisko |_____| PESEL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

   3) Niniejszym upoważniam Bank do obciążania mojego rachunku, do którego wydano kartę, kwotami wynikającymi z tytułu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 8 pkt 1,.
   4) Upoważnienie dla Banku (w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia): Niniejszym wyrażam zgodę na udostępnienie przez Bank wydający kartę firmie Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, z siedzibą przy ul. Św. Michała 43, 61-119 Poznań moich danych osobowych i informacji stanowiących tajemnicę bankową w celu umożliwienia wykonywania umowy ubezpieczenia, do której przystąpiłem oraz umożliwienia wykonania przez Concordia Polska TUW obowiązków ubezpieczyciela w związku z dochodzeniem przeze mnie roszczenia z tytułu tej umowy ubezpieczenia.
9. Odbiorę kartę w Oddziale Banku.

Podpis Pełnomocnika* (Użytkownika karty)	Miejscowość, data	Pieczątka firmowa i podpisy osób reprezentujących Posiadacza Rachunku

Kartę wydano:

Potwierdzam odbiór karty o numerze |_|_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_| ,

Miejscowość, data	Podpis Posiadacza/Użytkownika karty	Podpis i pieczątka pracownika Banku

Potwierdzenie odbioru kart wznowionych:

Miejscowość, data	Podpis Posiadacza/Użytkownika karty	Podpis i pieczątka pracownika Banku
Miejscowość, data	Podpis Posiadacza/Użytkownika karty	Podpis i pieczątka pracownika Banku

Adnotacje Banku.
Zwrot karty: Kartę zwrócono w dniu ……..

**) proszę wstawić znak X w wybrane pole*