



Bank Spółdzielczy w Kościerzynie

stempel nagłwkowy placówki
Banku

WNIOSEK o instrumenty płatnicze

☐ Posiadacz rachunku ☐ Użytkownik (pełnomocnik do rachunku) ☐ Użytkownik (pełnomocnictwo do karty)

Prosimy o staranne wypełnienie niniejszego wniosku używając drukowanych liter.

Proszę o wydanie (proszę wstawić znak X w wybrane pole):

do rachunków w złotych 1) karty z funkcją zbliżeniową: ☐ Mastercard do Konta TAK! ☐ Mastercard ☐ Mastercard do PRP ☐ Mastercard „młodzieżowa” ☐ Visa do Konta TAK! ☐ Visa ☐ Visa „młodzieżowa” ☐ Visa Junior ☐ Mastercard Junior ☐	karta Mastercard z funkcją zbliżeniową do rachunków w walutach wymienialnych w: ☐ EUR ☐ GBP ☐ USD
Sposób dostarczenia PIN – dotyczy karty: ☐ na adres do korespondencji ☐ na numer telefonu za pośrednictwem SMS nr telefonu na który ma być wysłany PIN, hasło 3D Secure +48 Wskazany nr telefonu zostanie użyty do obsługi przesyłki kurierskiej z kartą/PINem o ile taka została wybrana przez klienta. Hasło do pobrania PIN-u za pośrednictwem SMS (max 64 znaki, bez polskich liter)	
Sposób uwierzytelniania płatności z wykorzystaniem usługi 3D Secure: ☐ potwierdzenie transakcji w aplikacji mobilnej, ☐ odpowiedź na pytanie uwierzytelniające i hasło 3D Secure* Uwaga: *) w przypadku tej metody konieczne jest udzielenie odpowiedzi na pytanie uwierzytelniające wybrane z listy dostępnych pytań	

I. Dane posiadacza rachunku

.....
nazwa posiadacza rachunku

imię | nazwisko

nr
rachunku |

II. Dane personalne posiadacza rachunku/użytkownika:

imię _____ nazwisko _____

imię i nazwisko do umieszczenia na karcie
(maks. 21 znaków) – _____

nr PESEL: _____ seria i numer dokumentu tożsamości: _____

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

obywatelstwo: _____ nazwisko panięskie matki: _____

Adres zamieszkania

kod: ____-____ poczta: _____ miejscowość: _____

ulica: _____ nr domu/mieszkania _____

Adres do korespondencji (proszę wypełnić jedynie w przypadku, gdy adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)

kod: ____-____ poczta: _____ miejscowość: _____

ulica: _____ nr domu/mieszkania _____

III. Dane personalne przedstawiciela ustawowego

Imię	Drugie imię	Nazwisko
------	-------------	----------

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

nr PESEL _____

Telefon kontaktowy: _____ Adres e-mail: _____

IV. Deklaracja wnioskodawcy

Oświadczam, że:

1. Wszystkie podane we wniosku dane są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego zawiadomienia banku w przypadku ich zmiany.
2. ☐ Otrzymałem/am/ ☐ nie otrzymałem/am „Regulamin świadczenia usług w zakresie prowadzenia rachunków bankowych dla klientów indywidualnych”, w zakresie funkcjonowania karty, której dotyczy niniejszy wniosek i akceptuję jego treść.
3. **PEŁNOMOCNICTWO:** Udzielam niniejszym pełnomocnictwa osobie wymienionej we wniosku do dokonywania w moim imieniu i na moją rzecz przy użyciu karty, których dotyczy niniejszy wniosek, operacji określonych w umowie ramowej oraz regulaminie. Jednocześnie zrzekam się prawa do odwołania pełnomocnictwa do momentu zwrotu do Banku karty wydanej pełnomocnikowi lub skutecznego zastrzeżenia instrumentu płatniczego.
4. Proszę o:

1) ustalenie dziennych limitów w walucie rachunku - PLN/EUR/GBP/USD:

a) wypłat gotówki: _____

b) transakcji bezgotówkowych: _____, w tym dla transakcji:

podpis użytkownika karty	miejsowość, data
podpis przedstawiciela ustawowego	
miejsowość, data	
podpis Posiadacza rachunku	stempel funkcyjny i podpis pracownika placówki Banku

Potwierdzenie odbioru karty

Potwierdzenie odbioru karty

Rezygnacja ze wznowienia ☐/ użytkowania karty ☐

Kartę wydano

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

miejsowość, data	podpis posiadacza/użytkownika karty/ przedstawiciela ustawowego*)	stempel funkcyjny i podpis pracownika placówki Banku
------------------	---	---

Potwierdzenie odbioru kart wznowionych

miejsowość, data	podpis posiadacza/użytkownika karty/ przedstawiciela ustawowego*)	stempel funkcyjny i podpis pracownika placówki Banku
------------------	---	---

miejsowość, data	podpis posiadacza/użytkownika karty/ przedstawiciela ustawowego*)	stempel funkcyjny i podpis pracownika placówki Banku
------------------	---	---

miejsowość, data	podpis posiadacza karty/użytkownika karty/ przedstawiciela ustawowego*)	stempel funkcyjny i podpis pracownika placówki Banku
------------------	---	---

Rezygnacja z karty

Posiadacz rachunku/użytkownik karty zrezygnował ze wznowienia ☐/ użytkowania karty
w dniu

miejsowość, data

podpis posiadacza
karty/użytkownika karty/
przedstawiciela ustawowego*)

stempel funkcyjny i podpis
pracownika placówki Banku

*) niepotrzebne skreślić