Spółdzielcza Grupa Bankowa

WNIOSEK
o Kartę Visa Business Electron

Prosimy o staranne wypełnienie niniejszego wniosku używając drukowanych liter.

stempel nagłówkowy placówki banku

Proszę o wydanie karty: ☐ Visa Business Electron
(proszę postawić znak X w wybranym polu – należy wybrać tylko jedną z wymienionych kart)

I. 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

II. 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

III. Deklaracja wnioskodawcy/użytkownika

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 instytucjonalnych w zrzeszonych bankach spółdzielczych i SGB-Banku S.A. – Banku Spółdzielczego w Rzepinie", 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. Bank informuje, iż przetwarza Pani/a dane osobowe w celu podjęcia niezbędnych działań związanych z zawarciem i wykonaniem umowy. Dane te są przeznaczone dla banku oraz mogą być przekazane podmiotom wymienionym w art. 105 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe (Dz. U. z 2002 r. Nr 72, poz. 665 z późn. zm.) oraz SGB-Bankowi S.A., bankowi zrzeszającemu z siedzibą w Poznaniu, a także:
   |_____|
8. Administratorem przekazanych przez Panią/a danych osobowych jest
   SGB-Bank S.A. [i]
   nazwa i adres banku – administratora
9. Bank informuje również, że przysługuje Pani/u prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich podanie warunkuje zawarcie i realizację umowy.
10. Niniejszym ☐ wyrażam / ☐ nie wyrażam zgody*) **) na przetwarzanie przez bank moich danych osobowych dla celów marketingowych, promocyjnych i statystycznych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Zgoda ta obejmuje również przetwarzanie moich danych osobowych w przyszłości, jeżeli nie zmieni się cel przetwarzania.
11. Oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia:
    1) ja, niżej podpisana/y
       a) ☐ przystępuję/ ☐ nie przystępuję*) do pakietów ubezpieczeń (dla kart Visa Business Electron):
          ☐ 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 otrzymałam/em ww Warunki ubezpieczenia i akceptuję ich treść.
    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 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.
12. Odbiór karty: ☐ w placówce banku,
    ☐ wysyłka na adres do korespondencji*):
    ☐ wskazany we wniosku o otwarcie rachunku ☐ adres do korespondencji użytkownika

|_____|	|_____|	|_____|
podpis pełnomocnika* (użytkownika karty)	miejscowość, data	pieczątka i podpisy osób reprezentujących posiadacza rachunku

Adnotacje banku:

Wniosek przyjęto dnia: |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|

|_____|
stempel funkcyjny i podpis pracownika placówki banku

**) proszę wstawić znak X w wybrane pole*

**)*zgoda na przetwarzanie danych osobowych dotyczy wyłącznie przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą oraz rolnika indywidualnego*

Kartę wydano:

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

miejscowość, data	podpis posiadacza karty/użytkownika karty	stempel funkcyjny i podpis pracownika placówki banku

Kartę wysłano:

Numer karty |__|__|__|__| - |__|__|__|__| - |__|__|__|__| - |__|__|__|__| ,

miejscowość, data	stempel funkcyjny i podpis pracownika placówki banku

Potwierdzenie odbioru kart wznowionych:

miejscowość, data	podpis posiadacza karty/użytkownika karty	stempel funkcyjny i podpis pracownika placówki banku

miejscowość, data	podpis posiadacza karty/użytkownika karty	stempel funkcyjny i podpis pracownika placówki banku

Kartę wznowioną wysłano:

miejscowość, data	stempel funkcyjny i podpis pracownika placówki banku

Adnotacje banku

Posiadacz zrezygnował ze wznowienia karty w dniu **:** |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|

miejscowość, data	podpis posiadacza	stempel funkcyjny i podpis pracownika placówki banku

[i] *należy wpisać nazwę właściwego banku administratora*

**) proszę wstawić znak X w wybrane pole*

***)zgoda na przetwarzanie danych osobowych dotyczy wyłącznie przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą oraz rolnika indywidualnego*