

Prosimy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI, a w odpowiednich polach wstawić X.

Bank Spółdzielczy w Pleszewie

Oddział

Numer wniosku:

data:



Bank Spółdzielczy w Pleszewie Spółdzielcza Grupa Bankowa



Wniosek o udzielenie limitu kredytowego i wydanie karty kredytowej

Rodzaj karty:

MasterCard

MasterCard Gold

Kwota kredytu:

PLN

Zabezpieczenie kredytu:

kredyt bez zabezpieczeń

weksel własny in blanco

pełnomocnictwo do rachunku

inne

WNIOSKODAWCA - posiadacz karty głównej

Imię i nazwisko do umieszczenia na karcie (max.21 znaków):

Limit dzienny transakcji bezgotówkowych:

PLN

Limit dzienny wypłat gotówki:

PLN

Nr telefonu komórkowego:

(pole obligatoryjne dla kart MasterCard Gold)

Miejsce odbioru karty:

odbiór osobisty w placówce Banku

za pośrednictwem poczty

Dzień rozliczeniowy:

1 dzień

7 dzień

14 dzień

21 dzień

Sposób doręczenia zestawień transakcji:

za pośrednictwem poczty

pocztą elektroniczną na adres e-mail podany w umowie

odbiór osobisty w placówce Banku

1. Przystępuję do nieodpłatnych ubezpieczeń (dotyczy posiadaczy kart MasterCard Gold):

- Concordia Travel Assistance w Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, na warunkach zawartych w Szczegółowych warunkach ubezpieczenia Concordia Travel Assistance.
 - Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków w podróży zagranicznej, na warunkach zawartych w Szczegółowych warunkach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w podróży zagranicznej.
 - Ubezpieczenie kart dla klienta, na warunkach zawartych w Szczegółowych Warunkach Ubezpieczenia kart dla klienta. Oświadczam, że otrzymałem/ nie otrzymałem Szczegółowe Warunki ww. ubezpieczeń oferowanych do kart płatniczych i akceptuję ich brzmienie.
 - Upoważnienie dla Banku:
Niniejszym wyrażam zgodę nie wyrażam zgody na udostępnienie przez Bank 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 TUV obowiązków ubezpieczyciela w związku z dochodzeniem przeze mnie roszczenia z tytułu tej umowy ubezpieczenia.
2. Oświadczam, że zostałem/am nie zostałem/am poinformowany o miejscu i terminie odbioru karty.
3. Wyrażam zgodę na udostępnianie danych osobowych zawartych we wniosku innym wydawcom kart płatniczych oraz ich organizacjom, w celu zapobiegania fałszerstwom i nadużyciom związanym z używaniem kart.

Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności przewidzianej w art. 297 Kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), że informacje podane we Wniosku o udzielenie limitu kredytowego i wydanie karty kredytowej wniosku są prawdziwe i nadal aktualne.

imię / imiona i nazwisko wnioskodawcy

PESEL

podpis

Adnotacje Banku:

Numer rachunku karty:

Nadano nr karty:

Potwierdzenie odbioru karty:

data i podpis posiadacza karty

Potwierdzenie wydania karty:

data, stempel funkcyjny i podpis pracownika Banku

WNIOSKODAWCA - niebędący posiadaczem karty głównej

Oświadczam, że:

Rezygnuję z wydania dodatkowej karty kredytowej

Ubiegam się o wydanie dodatkowej karty kredytowej na podstawie odrębnego wniosku.

Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności przewidzianej w art. 297 Kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), że informacje podane we Wniosku o udzielenie limitu kredytowego i wydanie karty kredytowej są prawdziwe i nadal aktualne.

imię / imiona i nazwisko wnioskodawcy

PESEL

podpis

Prosimy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI, a w odpowiednich polach wstawić X.

Bank Spółdzielczy w Pleszewie: Oddział: _____

Numer wniosku: _____

data: ____ - ____ - ____



Bank Spółdzielczy w Pleszewie Spółdzielcza Grupa Bankowa



Wniosek o wydanie karty dodatkowej - kredytowej

Rodzaj karty: MasterCard MasterCard Gold

WNIOSKODAWCA - posiadacz karty dodatkowej

Imię: _____	Nazwisko: _____
Imię i nazwisko do umieszczenia na karcie (max. 21 znaków): _____	_____
obywatelstwo: _____	seria i nr dokumentu tożsamości: _____
data urodzenia: _____	miejsce urodzenia: _____
nazwisko panieńskie matki: _____	_____

Adres zamieszkania

miejsowość	_____
ulica / nr domu / mieszkania	_____
kod pocztowy	____ - ____ poczta _____

Adres do korespondencji

miejsowość	_____
ulica / nr domu / mieszkania	_____
kod pocztowy	____ - ____ poczta _____

Nr telefonu komórkowego:

(pole obowiązkowe dla kart MasterCard PayPass Gold)

____ - ____ - ____

Limit dzienny transakcji bezgotówkowych: _____ PLN

Limit dzienny wypłat gotówki: _____ PLN

Miejsce odbioru karty: odbiór osobisty w placówce Banku
 za pośrednictwem poczty

- Przystępuję do nieodpłatnych ubezpieczeń (dotyczy posiadaczy kart MasterCard Gold):
 - Concordia Travel Assistance w Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, na warunkach zawartych w Szczegółowych warunkach ubezpieczenia Concordia Travel Assistance.
 - Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków w podróży zagranicznej, na warunkach zawartych w Szczegółowych warunkach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w podróży zagranicznej.
 - Ubezpieczenie kart dla klienta, na warunkach zawartych w Szczegółowych Warunkach Ubezpieczenia kart dla klienta. Oświadczam, że otrzymałem/ nie otrzymałem Szczegółowe Warunki ww. ubezpieczeń oferowanych do kart płatniczych i akceptuję ich brzmienie.
 - Upoważnienie dla Banku:
Niniejszym wyrażam zgodę nie wyrażam zgody na udostępnienie przez Bank 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 TUV obowiązków ubezpieczyciela w związku z dochodzeniem przeze mnie roszczenia z tytułu tej umowy ubezpieczenia.
- Bank Spółdzielczy w Pleszewie ul. Kraszewskiego 11, 63-300 Pleszew, jako administrator danych informuje, że 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 upoważnionym przez przepisy prawa (w tym wskazanym w art. 105 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe, tj. do innych banków, instytucji kredytowych i finansowych, Biura Informacji Kredytowej S.A. oraz systemu Bankowy Rejestr prowadzonego przez Związek Banków Polskich z siedzibą w Warszawie. Podanie przez Panią/a danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich podanie jest warunkiem zawarcia i realizacji umowy.
- Niniejszym wyrażam zgodę nie wyrażam zgody na przetwarzanie przez administratora 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.), w tym dla celów związanych z oferowaniem usług świadczonych przez administratora danych, jak również usług podmiotów współpracujących z administratorem danych, tj. SGB-Bankiem S.A., Wielkopolskiego Towarzystwa Ubezpieczeń Życiowych i Rentowych CONCORDIA CAPITAL S.A. i Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń.
Zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów marketingowych obejmuje również przetwarzanie moich danych osobowych po wygaśnięciu umowy, jeśli nie zmieni się cel przetwarzania. Przyjmuję do wiadomości, że wyrażona przeze mnie zgoda na przetwarzanie danych może być w każdym czasie odwołana.
- wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na otrzymywanie od administratora danych informacji handlowej w formie pisemnej w drodze komunikacji elektronicznej, w tym za pomocą

poczty elektronicznej na udostępniony przeze mnie adres, a także na składanie przez Bank propozycji zawarcia umowy za pomocą telefonu, wizjofonu, telefaksu, poczty elektronicznej, automatycznego urządzenia wywołującego lub innego środka komunikacji elektronicznej.

5. Oświadczam, że zostałem/am nie zostałem/am poinformowany o miejscu i terminie odbioru karty.

6. Wyrażam zgodę na udostępnianie danych osobowych zawartych we wniosku innym wydawcom kart płatniczych oraz ich organizacjom, w celu zapobiegania fałszerstwom i nadużyciom związanym z używaniem kart.

Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności przewidzianej w art. 297 Kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), że informacje podane we Wniosku o wydanie dodatkowej karty kredytowej są prawdziwe i nadal aktualne.

imię / imiona i nazwisko wnioskodawcy	PESEL	podpis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PEŁNOMOCNICTWO: Oświadczam, że wyrażam/y zgodę na wydanie karty dodatkowej - kredytowej osobie wymienionej we wniosku i udzielam niniejszym pełnomocnictwa do dokonywania przez osobę wskazaną we wniosku, w moim imieniu i na moją rzecz operacji przy użyciu karty, określonych w umowie o udzielenie limitu kredytu i wydanie karty kredytowej oraz regulaminie funkcjonowania karty, której dotyczy niniejszy wniosek. Jednocześnie zrzekam się prawa do odwołania pełnomocnictwa do momentu zwrotu do banku karty wydanej pełnomocnikowi lub jej skutecznego zastrzeżenia.

imię / imiona i nazwisko kredytobiorcy/ów	PESEL	podpis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adnotacje banku:

Numer rachunku karty:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nadano nr karty:	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Potwierdzenie odbioru karty:	<input type="text"/>	Potwierdzenie wydania karty:	<input type="text"/>					
data i podpis użytkownika karty		data, stempel funkcyjny i podpis pracownika banku						