



numer Klienta.....

Wniosek o wydanie karty Visa Classic Debetowa; Visa PayWave (zblizeniowa)

Prosimy o wypełnienie formularza drukowanymi literami

- Visa Classic Debetowa

- Visa PayWave (zblizeniowa)

CZĘŚĆ A

Numer ewidencyjny PESEL:

Seria i numer dowodu tożsamości:

Płeć:

K

M

Nazwisko:

Imię/Imiona:

Nazwisko rodowe matki

Data urodzenia:

dzień

miesiąc

rok

Miejsce urodzenia:

Imię i nazwisko do umieszczenia na karcie (max 26 znaków):

UWAGA!!!

Na karcie może być umieszczonych 26 znaków licząc z odstępem pomiędzy imieniem i nazwiskiem. Prosimy nie wpisywać tytułów i pseudonimów.

Adres zameldowania:

nazwa ulicy, numer domu, mieszkania

kod pocztowy

miejsowość

Adres do korespondencji:*

nazwa ulicy, numer domu, mieszkania

kod pocztowy

miejsowość

Telefon domowy

Telefon służbowy / kontaktowy

* Prosimy wypełnić, jeśli jest różny od adresu zameldowania.

Wnioskuje o ustalenie następujących dziennych limitów transakcyjnych:

Dzienny limit
transakcji gotówkowych

Dzienny limit
transakcji bezgotówkowych

Dzienny limit
transakcji internetowych

Oświadczam, że znam i akceptuję postanowienia zawarte w „Regulaminie karty płatniczej Visa Classic Debetowa /Visa PayWave” oraz zobowiązuję się do ich ścisłego przestrzegania. Wyrażam zgodę na:

- przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Bank Spółdzielczy Czechowice-Dziedzice-Bestwina, Bank BPS SA, IT Card S.A. oraz na udostępnienie moich danych bankom i instytucjom upoważnionym do ochrony bezpieczeństwa obrotu kartowego,
- to, aby miesięczne zestawienie transakcji, korespondencja z Bankiem oraz informacje o zmianach były mi przekazywane z pozostałą dokumentacją rachunku, do którego została wydana karta,
- to, aby Bank kontaktował się ze mną w pozostałych sprawach związanych z obsługą kart: telefonicznie / pisemnie (listem zwykłym)*

* niepotrzebne skreślić

miejsowość i data

podpis Użytkownika karty

CZĘŚĆ B

Przyjmuję do wiadomości, że złożenie przeze mnie wniosku o wydanie karty dla innej osoby fizycznej oznacza udzielenie wskazanej osobie pełnomocnictwa, zgodnie z zakresem uprawnień określonych w „Regulaminie dla Posiadaczy rachunków płatniczych będących osobami fizycznymi nieprowadzącymi działalności gospodarczej” do dokonywania rozliczeń transakcji przy użyciu karty płatniczej w ciężar mojego konta osobistego.

miejsowość i data

podpis Posiadacza rachunku

- pola szare wypełnia Bank

- pola białe wypełnia Klient

WYPEŁNIA JEDNOSTKA BANKU

Data przyjęcia wniosku

Imię i nazwisko pracownika przyjmującego wniosek

stempel dzienny i podpis
pracownika przyjmującego wniosek

Data przyjęcia wniosku do rozpatrzenia

Imię i nazwisko pracownika rozpatrującego wniosek

stempel dzienny i podpis
pracownika
rozpatrującego wniosek

Karta wydana do rachunku (pełny numer)

Nr karty

Decyzja banku

miejsowość i data

podpis i stempel /pieczętka imienna upoważnionego
pracownika

Adnotacje