

Wniosek o wydanie karty dla klientów indywidualnych - WNIOSEK O WYDANIE KARTY DODATKOWEJ									
Visa Classic Debetowa		Visa Classic Debetowa Młodzież		Visa payWave		MasterCard PayPass		Visa PayWave Podstawowy rachunek Płatniczy	
DANE OSOBOWE UŻYTKOWNIKA KARTY									
Imię/imiona									
Nazwisko						Nazwisko panieńskie matki			
Numer PESEL/data urodzenia*						Obywatelstwo			
Dokument tożsamości:		dowód osobisty		paszport		karta stałego pobytu			
Seria:				Numer:					
Numer rachunku bankowego, do którego ma być wydana karta:									
Imię i nazwisko do umieszczenia na karcie(maks. 26 znaków razem ze spacjami)									
MIEJSCE ZAMIESZKANIA UŻYTKOWNIKA KARTY									
1. Adres w miejscu zamieszkania na terenie RP									
Ulica, nr domu, nr lokalu									
Miejscowość						Poczta			
Kod				Kraj (podać, jeżeli inny niż Polska)					
2. Adres korespondencyjny na terenie RP (podać jeżeli inny niż adres w miejscu zamieszkania)									
Ulica, nr domu, nr lokalu									
Miejscowość						Poczta			
Kod				Kraj (podać, jeżeli inny niż Polska)					
INFORMACJE KONTAKTOWE									
Numer telefonu stacjonarnego						Numer telefonu komórkowego			
Numer telefonu komórkowego do obsługi portalu kartowego i zabezpieczenia 3D Secure									
Adres e-mail									
LIMITY TRANSAKCYJNE									
Dzienny limit transakcji gotówkowych						złotych			
Dzienny limit transakcji bezgotówkowych						złotych,		w tym	
Dzienny limit transakcji internetowych						złotych			
OŚWIADCZENIA POSIADACZA RACHUNKU									
1. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe, kompletne i zostały podane przeze mnie dobrowolnie.									
2. Oświadczam, że znam i akceptuję zapisy Regulaminu otwierania i prowadzenia rachunków bankowych dla osób fizycznych.									
Miejscowość, data		Podpis Posiadacza rachunku							
OŚWIADCZENIA DOT. DOBROWOLNEGO PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU PROGRAM BEZCENNE CHWILE DLA KART MASTERCARD - PROSIMY O ICH WYPEŁNIENIE JEŻELI POSIADACZ RACHUNKU JEST ZAINTERESOWANY PRZYSTĄPIENIEMDO PROGRAMU ORGANIZOWANEGO PRZEZ MASTERCARD									
Witamy w polskiej edycji Programu Priceless® Specials (Program™). Organizatorami niniejszego Programu są Mastercard Europe SA z siedzibą w Belgii (Chausée de Tervuren 198A, B-1410 Waterloo, Belgia) i Mastercard Europe SA Oddział w Polsce (plac Europejski 1, 00-844 Warszawa) (zwane dalej łącznie „Mastercard”). Do wzięcia udziału w Programie konieczne jest wypełnienie formularza w całości oraz potwierdzenie obowiązkowych pól wyboru wskazanych poniżej.									
1 [] Potwierdzam, że przeczytałem/łam i akceptuję Regulamin Programu [pole obowiązkowe]									
2 [] Wyrażam zgodę na ujawnianie Mastercard przez moją Instytucję Finansową, w tym niniejszy Bank moich danych osobowych, w tym danych objętych tajemnicą bankową, takich jak informacje dotyczące karty, dane dotyczące transakcji, oraz na ujawnienie powyższych informacji przez Mastercard spółce Mastercard International Inc., Verestro S.A. i Partnerom Wymiany Punktów - w celu zapewnienia skutecznego udziału w Programie, w tym identyfikowania transakcji kwalifikujących się do nagrody oraz umożliwienia wymiany punktów. [pole obowiązkowe]									
Rozumiem, że moje dane osobowe będą przetwarzane przez Mastercard dla celu udziału w Programie, zgodnie z Polityką Prywatności Programu Priceless Specials									
3 Wyrażam zgodę na wykorzystanie poniższych danych kontaktowych i dotyczących udziału w Programie przez Mastercard, w tym do analizy moich preferencji, struktury wydatków/schematów zakupów, zainteresowań i zachowań, do przesyłania mi spersonalizowanych wiadomości marketingowych z najbardziej odpowiednimi ofertami i treścią pochodzącymi od Mastercard, wydawców kart, agentów rozliczeniowych, sprzedawców detalicznych i partnerów związanych z Programem Priceless Specials. Chcę otrzymywać wiadomości marketingowe za pośrednictwem następujących kanałów: [] E-mail na adres e-mail podany podczas rejestracji. [] SMS na numer telefonu podany podczas rejestracji. [pola nieobowiązkowe]									
Więcej informacji na temat praktyk Mastercard w zakresie ochrony prywatności oraz Państwa praw, w tym wycofania zgody, można znaleźć w Polityce Prywatności Programu Priceless Specials. Regulamin: https://rpm-cms.upaid.pl/media/1rsier02/regulamin-priceless-specials.pdf Polityka Prywatności: https://rpm-cms.upaid.pl/media/kqnj3zlq/priceless-specials-ps-polityka-prywatnosci-wersja-pl.pdf									
OŚWIADCZENIA UŻYTKOWNIKA KARTY									
Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, informację Banku Spółdzielczego w Pawłowicach, przy ul. Zjednoczenia 62B, zwanego dalej Bankiem, że: przypadki zgłoszenia incydentów bezpieczeństwa należy kierować drogą elektroniczną na adres e-mail: incydent@bspawlowice.pl , telefonicznie pod numerem 324721924 lub pisemnie na adres Pawłowice ul. Zjednoczenia 62B;									
MIEJSCOWOŚĆ, DATA									
Podpis Użytkownika karty					Stempel memoriałowy i podpis pracownika Banku potwierdzającego autentyczność podpisów i zgodność powyższych danych z przedłożonymi dokumentami				
* W przypadku braku numeru PESEL, należy wpisać datę urodzenia ** Niepotrzebne skreślić									

WYPEŁNIA BANK

DEZYCJA BANKU	
Przyznano kartę / nie przyznano karty*	
☐	Visa Classic Debetowej
☐	Visa Classic Debetowej Młodzież
☐	Visa payWave
☐	MasterCard PayPass
☐	Visa payWave Podstawowy Rachunek płatniczy
dla rachunku numer:	
z dziennym limitem transakcji:	
gotówkowych:	
bezugówkowych:	
internetowych:	

Numer karty	

miejsowość i data	Pełnomocnicy Zarządu / Zarząd Banku

*niepotrzebne skreślić / zaznaczyć właściwe