|  |
| --- |
| **WNIOSEK O WYDANIE KARTY DEBETOWEJ** |
|  | **Visa Business** |  | **MasterCard Business PayPass** |
| **DANE POSIADACZA RACHUNKU** |
| Pełna nazwa Posiadacza rachunku |  |
| Numer NIP/REGON |  |
|  |
| **Numer rachunku bankowego,****do którego ma być wydana karta:** |  |
| Imię i nazwisko Użytkownika karty do umieszczenia na karcie *(maks. 26 znaków razem ze spacjami)* |  |
| Nazwa Posiadacza rachunku do umieszczenia na karcie *(maks. 26 znaków razem ze spacjami)* |  |
| **DANE UŻYTKOWNIKA KARTY** |
| **1. Dane osobowe Użytkownika karty** |
| Imię/imiona |  |
| Nazwisko |  | Nazwisko panieńskie matki |  |
| Numer PESEL/data urodzenia\* |  | Obywatelstwo |  |
| Dokument tożsamości: |  | dowód osobisty |  | paszport |  | karta stałego pobytu |
| Seria: |  | Nr dokumentu: |  |
| **2. Adres w miejscu zamieszkania na terenie RP Użytkownika karty** |
| Ulica / nr domu / nr lokalu |  |
| Miejscowość |  | Poczta |  |
| Kod |  | Kraj(podać, jeżeli inny niż Polska) |   |
| **3. Adres korespondencyjny Użytkownika karty 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 |  |
| 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 klientów instytucjonalnych.
 |
|  |   |
| *Miejscowość, data* | *Pieczęć firmowa Posiadacza rachunku i podpisy osób upoważnionych* |
| **OŚWIADCZENIA UŻYTKOWNIKA KARTY** |
| 1. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję informację Banku Spółdzielczego w Pawłowicach z siedzibą przy ul. Zjednoczenia w Pawłowicach:  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;
 |
|  |  |
| *Podpis Użytkownika karty**\* W przypadku braku numeru PESEL, należy wpisać datę urodzenia* | *Stempel memoriałowy i podpis pracownika Banku potwierdzającego autentyczność podpisów i zgodność powyższych danych z przedłożonymi dokumentami* |
|  |
| **WYPEŁNIA BANK** |
|  |
| Numer karty |
|  |
| **Decyzja banku** |
| Przyznano/nie przyznano karty Visa Business/MasterCard Business PayPass dla rachunku numer: ………………………………………………………………………………………z dziennym limitem transakcji: gotówkowych: ………………………………………bezgotówkowych: …………………………………..internetowych: ……………………………………….. |
|  |  |
| miejscowość i data | podpis upoważnionego pracownika Banku |
| Adnotacje: |