

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

numer wniosku:													
miejsowość:													
data:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>			-			-						
		-			-								
Bank:													

Bank Spółdzielczy w Sławnie
Spółdzielcza Grupa Bankowa**Wniosek o udzielenie limitu kredytowego i wydanie karty kredytowej**

Rodzaj karty:	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> Mastercard Gold												
Kwota kredytu:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>							0	0	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>			0	0	PLN
						0	0								
		0	0												
Zabezpieczenie kredytu:	<input type="checkbox"/> kredyt bez zabezpieczeń	<input type="checkbox"/> weksel własny in blanco													
	<input type="checkbox"/> pełnomocnictwo do rachunku	<input type="checkbox"/> inne													

WNIOSKODAWCA - posiadacz karty głównej

Imię i nazwisko do umieszczenia na karcie (max.21 znaków):												
Limit dzienny transakcji bezgotówkowych:							PLN	w tym dla:				
transakcji MOTO - zamówień e-mail/telefonicznych:							PLN					
transakcji internetowych:							PLN					
Limit dzienny wypłat gotówki:							PLN					
Nr telefonu komórkowego: (pole obowiązkowe dla kart Mastercard Gold)			-			-						
Miejsce odbioru karty:	<input type="checkbox"/> odbiór osobisty w placówce Banku <input type="checkbox"/> za pośrednictwem poczty											
Sposób dostarczenia nr PIN	<input type="checkbox"/> pisemnie na wskazany adres korespondencyjny											
	<input type="checkbox"/> za pomocą SMS na telefon komórkowy o numerze											
			-			-						
	hasło do pobrania PIN-u przez SMS (max 64 znaki, bez polskich znaków)											
Dzień rozliczeniowy:	<input type="checkbox"/> 1 dzień <input type="checkbox"/> 7 dzień <input type="checkbox"/> 14 dzień <input type="checkbox"/> 21 dzień											
Zawiadomianie o zmianach regulaminu, taryfy w postaci:	<input type="checkbox"/> komunikatu przesyłanego Kredytobiorcy na wskazany adres poczty elektronicznej											
	<input type="checkbox"/> pisemnie na wskazany adres korespondencyjny											
Sposób doręczenia zestawień transakcji:	<input type="checkbox"/> na adres poczty elektronicznej wskazany w umowie											
	<input type="checkbox"/> pisemnie na wskazany adres korespondencyjny											
	<input type="checkbox"/> odbiór osobisty w dowolnej placówce Banku											
Upoważniam Bank do pobierania środków pieniężnych z ROR:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE											
Numer ROR:												
1. Przystąpienie do ubezpieczenia dla użytkowników kart kredytowych Mastercard Gold:												
1) oświadczam, że przed złożeniem wniosku <input type="checkbox"/> przekazano mi <input type="checkbox"/> nie przekazano mi informacje/i dotyczące/ych produktu ubezpieczeniowego oferowanego za pośrednictwem Banku, obejmujące/ych:												
a) zakres ubezpieczenia,												
b) wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa ubezpieczeń,												
c) sposób ustalania oraz zasady wypłaty świadczenia/odszkodowania ubezpieczeniowego,												
d) wyłączenia i ograniczenia dotyczące wysokości świadczenia/odszkodowania i karencji,												
e) wysokość ponoszonych kosztów związanych z ubezpieczeniem,												
f) zasady składania i rozpatrywania reklamacji												
2) przystępuję do nieodpłatnego pakietu ubezpieczeń, obejmującego:												
a) szczegółowe warunki ubezpieczenia – Ubezpieczenie kart dla klienta,												
b) szczegółowe warunki ubezpieczenia – Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków w podróży zagranicznej,												
c) szczegółowe warunki ubezpieczenia – CONCORDIA Travel Assistance,												
<input type="checkbox"/> otrzymałem/am <input type="checkbox"/> nie otrzymałem/am Szczegółowe/ych warunki/ów ww. ubezpieczeń oferowanych do karty oraz Karty produktów i akceptuję ich brzmienie.												
2. Niniejszym <input type="checkbox"/> wyrażam zgodę / <input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody na udostępnienie przez Bank firmie Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, z siedzibą przy ul. S. Małachowskiego 10, 61-129 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.												
3. Oświadczam, że <input type="checkbox"/> zostałem/am / <input type="checkbox"/> nie zostałem/am poinformowany o miejscu i terminie odbioru karty.												
4. <input type="checkbox"/> wyrażam zgodę / <input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody 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, że informacje podane przeze mnie we Wniosku o udzielenie limitu kredytowego i wydanie karty kredytowej są zgodne ze stanem faktycznym.												
imię / imiona i nazwisko wnioskodawcy				PESEL				podpis				

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, że informacje podane przeze mnie we Wniosku o udzielenie limitu kredytowego i wydanie karty kredytowej są zgodne ze stanem faktycznym.

imię / imiona i nazwisko wnioskodawcy

PESEL

podpis

Adnotacje Banku:

Numer rachunku karty:

____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Nadano nr karty:

____ - ____ - ____ - ____

data, stempel funkcyjny i podpis pracownika Banku

Potwierdzenie odbioru karty:

data i podpis posiadacza karty

Potwierdzenie wydania karty:

data, stempel funkcyjny i podpis pracownika Banku

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

numer wniosku:

miejsowość:

data: - -

Bank:



Bank Spółdzielczy w Sławnie
Spółdzielcza Grupa Bankowa

Wniosek o wydanie karty dodatkowej - kredytowej

Rodzaj karty:

Visa

Mastercard

Mastercard Gold

WNIOSKODAWCA - użytkownik karty dodatkowej

Imię / Imiona:

Nazwisko:

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

Data urodzenia:

- -

Miejsce urodzenia:

Nazwisko panięńskie matki:

PESEL:

Obywatelstwo:

Dokument tożsamości:

dowód osobisty paszport inny, jaki?

Seria i numer dokumentu tożsamości:

Adres zameldowania:

miejsowość:

ulica / nr domu / mieszkania:

kod pocztowy / poczta:

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 obligatoryjne dla karty
Mastercard Gold)

- -

Adres e-mail:

Limit dzienny transakcji
bezgotówkowych:

PLN w tym dla:

transakcji MOTO

- zamówień e-mail/telefonicznych:

PLN,

transakcji internetowych:

PLN

Limit dzienny wypłat gotówki:

PLN

Miejsce odbioru karty:

odbiór osobisty w placówce Banku / za pośrednictwem poczty

Sposób dostarczenia nr PIN

- pisemnie na wskazany adres korespondencyjny
- za pomocą SMS na telefon komórkowy o numerze

	-		-	
--	---	--	---	--

hasło do pobrania PIN-u przez SMS (max 64 znaki, bez polskich znaków)

**Zawiadomienie o zmianach regulaminu,
taryfy w postaci:***

- komunikatu przesyłanego Kredytobiorcy na wskazany adres poczty elektronicznej
lub
- pisemnie na wskazany adres korespondencyjny

1. Przystąpienie do ubezpieczenia dla użytkowników kart kredytowych Mastercard Gold:

- 1) oświadczam, że przed złożeniem wniosku przekazano nie przekazano mi informacje/i dotyczące/ych produktu ubezpieczeniowego oferowanego za pośrednictwem Banku, obejmujące/ych:
- zakres ubezpieczenia,
 - wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa ubezpieczeń,
 - sposób ustalania oraz zasady wypłaty świadczenia/odszkodowania ubezpieczeniowego,
 - wyłączenia i ograniczenia dotyczące wysokości świadczenia/odszkodowania i karencji,
 - wysokość ponoszonych kosztów związanych z ubezpieczeniem,
 - zasady składania i rozpatrywania reklamacji,
- 2) przystępuję do nieodpłatnego pakietu ubezpieczeń, obejmującego:
- szczegółowe warunki ubezpieczenia – Ubezpieczenie kart dla klienta,
 - szczegółowe warunki ubezpieczenia – Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków w podróży zagranicznej,
 - szczegółowe warunki ubezpieczenia – CONCORDIA Travel Assistance,
- otrzymałam/am nie otrzymałam/am Szczegółowe/owych warunki/ów ww. ubezpieczeń oferowanych do karty oraz Karty produktów i akceptuję ich brzmienie.
3. Niniejszym wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na udostępnienie przez Bank firmie Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, z siedzibą przy ul. S. Małachowskiego 10, 61-129 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.
4. Oświadczam, że zostałam/am / nie zostałam/am poinformowany o miejscu i terminie odbioru karty.
5. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na udostępnianie danych osobowych zawartych we wniosku innym wydawcom kart płatniczych oraz ich organizacjom, w celu zapobiegania fałszerstwom i nadużyciom związanym z używaniem kart.
6. Oświadczam, iż otrzymałam/em nie otrzymałam/em klauzulę informacyjną administratora danych osobowych.**

*) wypełnia posiadacz karty będący kredytobiorcą

**) wypełnia posiadacz karty niebędący kredytobiorcą

Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności przewidzianej w art. 297 Kodeksu karnego, że informacje podane przeze mnie we Wniosku o wydanie dodatkowej karty kredytowej są zgodne ze stanem faktycznym.

imię / imiona i nazwisko wnioskodawcy

PESEL

Podpis

imię / imiona i nazwisko przedstawiciela
ustawowego wnioskodawcy

PESEL

Podpis

Oświadczam, iż otrzymałam/em nie otrzymałam/em klauzulę informacyjną administratora danych osobowych.

PEŁNOMOCNICTWO: Oświadczam/y, że wyrażam/y zgodę na wydanie karty dodatkowej - kredytowej osobie wymienionej we wniosku o wydanie karty dodatkowej - kredytowej i udzielam/y niniejszym pełnomocnictwa do dokonywania przez osobę wskazaną we wniosku, w moim/naszym imieniu i na moją/naszą 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/y się prawa do odwołania pełnomocnictwa do momentu zwrotu do banku karty dodatkowej wydanej pełnomocnikowi lub jej skutecznego zastrzeżenia.

imię / imiona i nazwisko kredytobiorcy/ów

PESEL

Podpis

Adnotacje banku:Numer rachunku karty
głównej:

Nadano nr karty:

data, stempel funkcyjny i podpis pracownika banku

Potwierdzenie odbioru karty:

data i podpis użytkownika karty

Potwierdzenie wydania karty:

data, stempel funkcyjny i podpis pracownika banku