BANK SPÓŁDZIELCZY W SKOCZOWIE

Nr klienta (modulo)	

Wniosek o wydanie karty debetowej (prosimy o wypełnienie formularza drukowanymi literami)

☐ **Visa Classic Debetowa** ☐ **MasterCard Paypas** ☐ **MasterCard Paypas do PRP**

CZĘŚĆ A

A.1 TWOJE DANE OSOBOWE (UŻYTKOWNIK KARTY)

Dane		Użytkownika karty
Nazwisko		
Imię/imiona		
PESEL		
Data i miejsce urodzenia		
Nazwisko rodowe matki		
Dokument tożsamości	rodzaj	
	seria i numer	
	data wydania	
	wydany przez	
	data ważności	

A.2 MIEJSCE ZAMIESZKANIA UŻYTKOWNIKA KARTY

Dane		Użytkownika karty	
Adres zamieszkania	Ulica/Nr domu/Nr lokalu		
	Poczta		
	Kod pocztowy/Miejscowość		
Adres korespondencyjny na terenie Polski (uzupełnij, jeśli jest inny niż adres w miejscu zamieszkania)	Ulica/Nr domu/Nr mieszkania		
	Poczta		
	Kod pocztowy/Miejscowość		
Numer telefonu komórkowego			
Numer telefonu stacjonarnego			

Dane	Użytkownika karty
Numer telefonu komórkowego do obsługi portalu kartowego i zabezpieczenia 3D Secure	
Adres e-mail	

A.3 INFORMACJE O KARCIE

Dane	Użytkownika karty
Imię i nazwisko, które umieścimy na karcie debetowej (maks. 26 znaków razem ze spacjami)	
Numer rachunku bankowego w PLN, do którego wydamy Twoją kartę	__ __
Numer Twojej karty (wypełniamy my)	
Dzienny limit transakcji gotówkowych*	
Dzienny limit transakcji bezgotówkowych*	
Dzienny limit transakcji internetowych*	

A.4 OŚWIADCZENIA UŻYTKOWNIKA KARTY:

1. Wszystkie informacje, które podałam/podałem we wniosku są prawdziwe i kompletne na dzień złożenia wniosku. Bank może sprawdzić informacje z tego wniosku.
2. Znam i akceptuję zapisy Regulaminu otwierania i prowadzenia rachunków bankowych dla osób fizycznych.

Miejscowość i data ……

……

Twój podpis (Użytkownika karty)

Miejscowość i data ……

……

Twój podpis (Przedstawiciela ustawowego)**

CZEŚĆ B

OŚWIADCZENIA POSIADACZA RACHUNKU:

1. Wszystkie informacje, które podałam/podałem we wniosku są prawdziwe i kompletne na dzień złożenia wniosku. Bank może sprawdzić informacje z tego wniosku.

2. Znam i akceptuję zapisy Regulaminu otwierania i prowadzenia rachunków bankowych dla osób fizycznych.
3. Upoważniam wskazanego Użytkownika karty, zgodnie z zakresem uprawnień określonym w Regulaminie otwierania i prowadzenia rachunków bankowych dla osób fizycznych do wykonywania transakcji w ciężar mojego rachunku bankowego oraz zarządzania dziennymi limitami transakcyjnymi na swojej karcie.

Miejscowość i data……..

……..

Twój podpis (Posiadacza rachunku)

CZĘŚĆ C

Program Priceless® Specials („Program") jest organizowany przez Mastercard Europe SA* (dodatkowe informacje o spółce znajdują się poniżej). W celu przystąpienia do Programu, należy wypełnić ten formularz i wyrazić zgodę na działania oznaczone jako „obowiązkowe", zaznaczając poniższe pola wyboru.**

[POLE OBOWIĄZKOWE] ☐ Potwierdzam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem Programu i akceptuję jego warunki. Rozumiem, że moje dane osobowe będą przetwarzane przez Mastercard w celu umożliwienia mi udziału w Programie, jak opisano w Polityce Prywatności Programu, co obejmuje analizowanie moich wzorców wydatków/zakupów i korzystania z Programu w celu decydowania o tym, które Promocje i Oferty są dla mnie dostępne, oraz personalizowanie mojego portalu Programu oraz komunikacji marketingowej.

[POLE OBOWIĄZKOWE] ☐ Wyrażam zgodę, aby moja instytucja finansowa, za pośrednictwem której przystępuję do Programu, udostępniała Mastercard informacje na mój temat, które są objęte tajemnicą bankową (jeśli przystępuję za pośrednictwem banku lub instytucji kredytowej) lub tajemnicą zawodową (jeśli przystępuję za pośrednictwem instytucji płatniczej). Rozumiem, że takie dane obejmują dane dotyczące mojej karty i dane dotyczące transakcji. Ponadto potwierdzam, że Mastercard może udostępniać te informacje innym spółkom z Grupy Mastercard****, Verestro S.A. (dostawcy technologicznego Mastercard) i Partnerom Wymiany Punktów***** w celu zapewnienia mojego skutecznego udziału w Programie. Obejmuje to identyfikowanie transakcji, które kwalifikują się do nagród oraz ich dostawę.

Chcę otrzymywać komunikację marketingową dotyczącą Programu (w tym komunikację dotyczącą ofert partnerów Programu), którą Mastercard uważa za istotną dla mnie w oparciu o moje wzorce wydatków/zakupów i sposób korzystania z Programu poprzez:

[POLE OPCJONALNE] ☐ Wyrażam zgodę na wszystkie.

[POLE OPCJONALNE] ☐ Wysyłanie wiadomości e-mail na adres, który udostępniam w ramach tej rejestracji.

[POLE OPCJONALNE] ☐ Wysyłanie SMS na numer telefonu, który udostępniam w ramach tej rejestracji.

Aby dowiedzieć się więcej o praktykach ochrony prywatności Mastercard, w tym o prawie do wycofania zgody na otrzymywanie komunikatów marketingowych w dowolnym momencie, zapoznaj się z Polityką Prywatności Programu.

Miejscowość i data: ……..

……

Twój podpis (Użytkownika karty)

*) jeśli nie wskażesz innego dziennego limitu transakcji, wówczas Twój domyślny dzienny limit wypłat gotówki kartą wyniesie 2 000 PLN, a dzienny limit transakcji bezgotówkowych (w tym internetowych) kartą wyniesie 5 000 PLN

**) podpis wymagany jeśli kartę wydajemy osobie małoletniej

***) Mastercard Europe SA belgijska spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, zarejestrowana w Sądzie Gospodarczym w Nivelles w Belgii (RPR 0448038446), z siedzibą w Waterloo, Belgia (Chaussee de Tervuren 198A, 1410 Waterloo, Belgia), działająca w Polsce poprzez Mastercard Europe SA Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie (Plac Europejski 1, 00-844 Warszawa), wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS: 0000345959, NIP: 1070015237, REGON: 142191116

****) Mastercard Inc, Mastercard international LLC, Mastercard Loyalty Solutions Australia Pty Ltd, Mastercard Asia Pacific Pte Ltd, Electra Card Services. Szczegółowe informacje na temat tych spółek oraz środków wprowadzonych przez Mastercard w celu ochrony danych udostępnianych w ramach Grupy Mastercard można znaleźć w Wiążących Regułach Korporacyjnych Mastercard

*****) Informacje na temat Partnerów Wymiany Punktów znajdują się w Polityce Prywatności Programu

WYPEŁNIA PLACÓWKA BANKU

Data przyjęcia wniosku

pieczątka imienna i podpis pracownika Banku przyjmującego wniosek

Decyzja Banku

.....

.....

miejscowość i data

pieczątka imienna i podpis upoważnionego pracownika Banku

Adnotacje

.....

.....