

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

numer wniosku:	
mięscowość:	
data:	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Bank:	



Spółdzielcza Grupa Bankowa
Bank Spółdzielczy w Skórczu

Wniosek o udzielenie limitu kredytowego i wydanie karty kredytowej

Rodzaj karty: Visa Mastercard Mastercard Gold

Kwota kredytu: 0 0 0 0 PLN

Zabezpieczenie kredytu: kredyt bez zabezpieczeń weksel własny in blanco
 pełnomocnictwo do rachunku 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 PLN

- zamówień e-mail/telefonicznych:

transakcji internetowych: PLN

Limit dzienny wypłat gotówki: PLN

Nr telefonu komórkowego:
(pole obowiązkowe dla kart Mastercard Gold)

- -

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)

Dzień rozliczeniowy: 1 dzień 7 dzień 14 dzień 21 dzień

Zawiadomianie o zmianach regulaminu, taryfy w postaci: komunikatu przesyłanego Kredytobiorcy na wskazany adres poczty elektronicznej
 pisemnie na wskazany adres korespondencyjny

Sposób doręczenia zestawień transakcji: na adres poczty elektronicznej wskazany w umowie
 pisemnie na wskazany adres korespondencyjny
 odbiór osobisty w dowolnej placówce Banku

Upoważniam Bank do pobierania środków pieniężnych z ROR: TAK NIE

Numer ROR:

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

1) oświadczam, że przed złożeniem wniosku przekazano mi 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,

otrzymałem/am nie otrzymałem/am Szczegółowe/ych warunki/ów ww. ubezpieczeń oferowanych do karty oraz Karty produktów i akceptuję ich brzmienie.

2. 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 TUW obowiązków ubezpieczyciela w związku z dochodzeniem przeze mnie roszczenia z tytułu tej umowy ubezpieczenia.

3. Oświadczam, że zostałem/am / nie zostałem/am poinformowany o miejscu i terminie odbioru karty.

4. wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na udostępnienie 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

numer wniosku: _____

miejsowość: _____

data: ____ - ____ - ____

Bank: _____



Spółdzielcza Grupa Bankowa
Bank Spółdzielczy w Skórczu

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 panięskie 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

1. Przystąpienie do ubezpieczenia dla użytkowników kart kredytowych Mastercard Gold:
- 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,
 - 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, otrzymałem/am nie otrzymałem/am Szczegółowe/owych warunki/ów ww. ubezpieczeń oferowanych do karty oraz Karty produktów i akceptuję ich brzmienie.
2. 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 TUW obowiązków ubezpieczyciela w związku z dochodzeniem przeze mnie roszczenia z tytułu tej umowy ubezpieczenia.
3. Oświadczam, że zostałem/am / nie zostałem/am poinformowany o miejscu i terminie odbioru karty.
4. 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.
5. Wyrażam dobrowolną zgodę na otrzymywanie informacji handlowych i informacji marketingowych, w szczególności o promocjach, konkursach i loteriach oraz nowych i aktualnych produktach Banku za pośrednictwem:**
- poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres mailowy TAK / NIE,
 - kontaktu telefonicznego, wiadomości sms i mms, na podany przeze mnie numer telefonu TAK / NIE.
6. Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie przez Bank moich danych osobowych w celu prowadzenia marketingu produktów własnych po okresie obowiązywania umowy zawartej przeze mnie z Bankiem TAK / NIE.**
7. Przyjmuję do wiadomości, że każda ze zgód wyrażonych w pkt 5-6 może być przeze mnie w dowolnym momencie bezpłatnie cofnięta, bez jakichkolwiek negatywnych konsekwencji. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.**
8. 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 udzielał/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 zrzekamy 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