Bank Spółdzielczy w Grybowie
Grupa BPS

www.bsgrybow.pl

Wniosek o wydanie karty dla klientów indywidualnych

WNIOSEK O WYDANIE KARTY DEBETOWEJ

Oddział w: .....

Data złożenia wniosku: .. ..

☐ **Visa payWave** ☐ **MasterCard Debit** ☐ **Visa Euro** ☐ **Visa wielowalutowa**

A. TWOJE DANE OSOBOWE (POSIADACZA RACHUNKU)

Dane	posiadacza rachunku
Imię/imiona	
Nazwisko	
PESEL/Data urodzenia*	
Dokument tożsamości	☐ dowód osobisty ☐ paszport ☐ karta stałego pobytu
Seria	
Numer	
Nazwisko panieńskie matki	
Obywatelstwo	
Kraj urodzenia	

B. TWOJE MIEJSCE ZAMIESZKANIA (POSIADACZA RACHUNKU)

Dane	(posiadacza rachunku)	
Adres stałego zamieszkania		
Ulica		
Nr domu/Nr lokalu		
Poczta		
Kod pocztowy/Miejscowość		
Kraj (uzupełnij, jeśli inny niż Polska)		
Adres korespondencyjny na terenie Polski (uzupełnij, jeśli jest inny niż adres w miejscu zamieszkania)		
Ulica		
Nr domu/Nr mieszkania		
Poczta		
Kod pocztowy/Miejscowość		
Kraj	**Polska**	
Numer telefonu komórkowego		
Numer telefonu stacjonarnego		
Numer telefonu komórkowego do obsługi portalu kartowego i zabezpieczenia 3D Secure		
Adres e-mail		

C. INFORMACJE O KARCIE

Dane	(Posiadacza rachunku)
Imię i nazwisko, które umieścimy na karcie debetowej (maks. 26 znaków razem ze spacjami)	
Numer rachunku bankowego w PLN, do którego wydamy Twoją kartę:	
W przypadku wyboru Karty wielowalutowej wybierz rachunki, które mają być podpięte do karty****	☐ EUR- Numer rachunku bankowego, który ma zostać podpięty do karty:
	☐ USD- Numer rachunku bankowego, który ma zostać podpięty do karty:
	☐ GBP- Numer rachunku bankowego, który ma zostać podpięty do karty:
Dzienny limit transakcji gotówkowych**'***	
Dzienny limit transakcji bezgotówkowych**'***	
Dzienny limit transakcji internetowych**'***	

D,. Oświadczenia:

1. Wszystkie informacje, które podałam/podałem we wniosku i w jego załącznikach 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 w złotych i w walutach wymienialnych oraz przeprowadzania rozliczeń pieniężnych w Banku Spółdzielczym w Grybowie

Miejscowość i data: …….

…….

Twój podpis (posiadacza rachunku)

Oświadczenia dot. dobrowolnego przystąpienia do programu Mastercard Bezcenne Chwile dla kart Mastercard - prosimy o ich wypełnienie, jeżeli jesteś (Posiadaczem rachunku) zainteresowany/a przystąpieniem do 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. [pole nieobowiązkowe]

☐ 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

Miejscowość i data: ……..

…… ……

Twój podpis (posiadacza rachunku) Podpis i pieczątka pracownika banku

* W przypadku braku numeru PESEL wpisz datę urodzenia
** Dla karty Visa EURO limit dzienny jest podawany w euro, a dla wszystkich pozostałych kart – w złotówkach
*** Jeśli nie wskażesz innego dziennego limitu transakcji, a w umowie nie uzgodniliśmy inaczej, wówczas Twój domyślny dzienny limit wypłat gotówki oraz transakcji bezgotówkowych (w tym internetowych) kartą wyniesie 5 000 PLN, przy czym w przypadku transakcji dokonywanych w walutach innych niż PLN i obsługiwanych przez kartę wielowalutową limit ten jest równowartością przeliczenia transakcji dokonanych w obcej walucie na PLN wg kursów dostępnych na stronie organizacji Visa: https://www.visaeurope.com/making-payments/exchange-rates.
**** Wypełnij odpowiednie pole