Spółdzielcza Grupa Bankowa

WNIOSEK
o zmianę usług w ramach rachunku / kart

Nazwa placówki banku prowadzącej rachunek:

Bank Spółdzielczy Ziemi Łęczyckiej w Łęczycy ul. Marii Konopnickiej 12 99-100 Łęczyca Oddział w

Dane Posiadacza rachunku:

numer rachunku |__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__|

imiona

nazwisko

PESEL

☐ Zmiana pakietu/częstotliwości pobierania opłat *)

Z dniem |__|__|-|__|__|__| proszę/ prosimy o:

zmianę pakietu na |_____|.
nazwa pakietu

Z dniem |__|__|-|__|__|__| proszę o zmianę opłaty za środki identyfikacji elektronicznej na:

☐ opłata miesięczna, ☐ opłata jednorazowa

Inne……..

☐ Wyciągi bankowe*)

Z dniem 01-|__|__|-|__|__|__| proszę/ prosimy o generowanie wyciągów bankowych do rachunku (tak ☐,nie ☐)*)

- ☐ na koniec miesiąca (bezpłatnie)
- ☐ po każdej zmianie salda (odpłatnie – zgodnie z taryfą)

☐ Bank będzie przekazywać posiadaczowi rachunku wyciąg bankowy
- ☐ w formie pisemnej – pocztą na adres korespondencyjny posiadacza wskazany w umowie
- ☐ w postaci elektronicznej - za pośrednictwem elektronicznych kanałów dostępu
- ☐ w postaci elektronicznej – na adres poczty elektronicznej (e-mail) wskazany przez posiadacza

☐ Posiadacz rachunku oświadcza, iż
- ☐ rezygnuje z otrzymywania wyciągów bankowych za pośrednictwem poczty lub drogą elektroniczną i zobowiązuje się do odbierania:
  - ☐ wyciągów w formie pisemnej w placówce banku prowadzącej rachunek
  - ☐ pobierania wyciągów w postaci elektronicznej za pośrednictwem elektronicznych kanałów dostępu
- ☐ rezygnuje z otrzymywania zestawień operacji dla karty nr |__|__|__|__| - |__|__|__|__| - |__|__|__|__| - za pośrednictwem poczty lub drogą elektroniczną i zobowiązuje się do odbierania:
  - ☐ zestawień operacji w formie pisemnej w placówce banku prowadzącej rachunek,
  - ☐ pobierania zestawień operacji w postaci elektronicznej za pośrednictwem elektronicznych kanałów dostępu.

☐ Zmiana limitów dziennych karty *)

Nowe limity dla karty:
|__|__|__|__| - |__|__|__|__| - |__|__|__|__| - |__|_|__|__|

limit dzienny wypłat gotówki: ………………… zł limit transakcji bezgotówkowych : ……………zł zł **w tym dla transakcji:**

- MOTO – zamówień e-mail/ telefonicznych : ……..................…......zł.

- internetowych : ....zł.

☐ Duplikat karty/ Nowy PIN/ Hasło tymczasowe do 3D-Secure (do płatności w Internecie) *)

Proszę o wydanie :

☐ duplikatu z nowym numerem PIN

☐ duplikatu bez nowego numeru PIN

☐ nowego numeru PIN

Proszę o umożliwienie dokonywania transakcji w Internecie z użyciem Hasła 3D-Secure.
Ustanawiam następujące hasło tymczasowe do 3D-Secure …………………………(max 12 znaków - bez polskich znaków).
posiadacz karty otrzymuje niniejsze hasło celem przekazania użytkownikowi karty.

numer karty: |__|__|__|__| - |__|__|__|__| - |__|__|__|__| - |__|__|__|__|

Dane posiadacza / użytkownika karty:

Imiona , nazwisko PESEL

Imię i nazwisko nadrukowane na karcie: |__|__|__|__|__|__| _|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

miejscowość, data

podpis Posiadacza/użytkownika stempel funkcyjny i podpis pracownika placówki banku

---

Potwierdzam odbiór zamówionego duplikatu karty / PIN (dotyczy duplikatów kart / PIN dostarczonych do placówki)

miejscowość, data podpis Posiadacza/użytkownika karty

*) odpowiednie zaznaczyć