Załącznik nr 1
do Instrukcji Służbowej Świadczenia Usługi info-SMS w Banku Spółdzielczym w Gryficach

Wniosek o uruchomienie usługi *info-SMS*

Uprzejmie prosimy o staranne wypełnienie niniejszego Wniosku używając wielkich liter.

Nazwa Oddziału przyjmującego Wniosek:
BANK SPÓŁDZIELCZY w Gryficach |_____|

Proszę/Prosimy* o uruchomienie usługi *info-SMS*. Oświadczam/y, że zapoznałem/am/zapoznaliśmy się z "Regulaminem świadczenia usługi info-sms w BS w Gryficach".

Dostęp usługi do rachunków:
__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__
__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__
__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__
__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__
__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__		__	__	__	__

INFORMACJA O POSIADACZU ROR/ RACHUNKU BIEŻĄCEGO*

|_____| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Pieczęć firmy1 NIP1 REGON1
|_____|
Nazwa firmy1
|_____| |_____|
Imiona Nazwisko
|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Rodzaj dowodu tożsamości: Seria i numer dowodu tożsamości PESEL
D-dowód osobisty
P-paszport
|__|__|-|__|__|-|__|__|__|__| |_____| |_____|
data urodzenia (dd-mm-rrrr) Miejsce urodzenia Obywatelstwo
|_____| |_____ _____|
Imię ojca Imię matki Nazwisko panieńskie matki
|_____| |_____|
Ulica/Osiedle, nr domu, nr lokalu Kod pocztowy Miejscowość, Poczta
|_____| |_____|
Powiat/ Kraj adres e-mail

			-				-			

krajowy nr telefonu komórkowego na który będą wysyłane informacje za pomocą SMS

WYBÓR OPCJI DOSTĘPNYCH W USŁUDZE SMS-info:
(należy zaznaczyć znakiem „X” wybrane opcje)

☐ każda zmiana salda

☐ sms będzie przesyłany raz dziennie o godzinie: |_____|_____|__:__|_____|_____|

- ☐ bez względu na to, czy saldo rachunku uległo zmianie
- ☐ pod warunkiem, że saldo rachunku uległo zmianie

DATA AKTYWACJI USŁUGI:

☐ w miesiącu złożenia wniosku - opłata za usługę będzie pobierana od bieżącego miesiąca

☐ od kolejnego miesiąca kalendarzowego – pobieranie opłaty za usługę rozpocznie się w kolejnym miesiącu

|_____| |_____|

Miejscowość, data

Podpis Posiadacza/Współposiadacza rachunku/
Podpis i pieczęć firmowa

(wypełnia Bank):

Stwierdza się zgodność danych osobowych i potwierdza się autentyczność wzorów podpisów złożonych we wniosku.

Numer rejestracyjny Wniosku |__|__|__|__|__|/|__|__|/|__|__|

_____
miejscowość i data
przyjęcia wniosku przez Oddział

_____
pieczątka i podpis pracownika Oddziału

_____
miejscowość i data
przyjęcia wniosku do realizacji

_____
data aktywacji usługi

_____
pieczątka i podpis pracownika

- ***niepotrzebne skreślić***

w przypadku wyboru opcji prosimy o zaznaczenie znaku X we właściwym polu