Bank Spółdzielczy w Pruszczu Gdańskim

WNIOSEK o uruchomienie systemu I-BANK dla posiadacza ROR
przez Bank Spółdzielczy w Pruszczu Gdańskim

Imię i nazwisko użytkownika usługi (posiadacz rachunku lub wskazana przez niego osoba posiadająca pełnomocnictwo do rachunku)

Nr rachunku (NRB):

Numer telefonu komórkowego na który przesyłane będą SMSkody:
+48

Adres email:

Proszę o uaktywnienie na moim rachunku poniższych usług I-BANK dla wymienionego wyżej Użytkownika:

☐ - **Bank Internetowy IB** ☐ - **Mobile Banking MB**

☐ - Oświadczam, że w związku z udostępnieniem elektronicznej informacji o stanie ROR (wyciąg) rezygnuję z generowania papierowych wyciągów do rachunku (w rozumieniu zapisów Umowy ROR)

Proszę o uaktywnienie podglądu w systemie I-BANK do niżej wymienionych rachunków (podać NRB):

_____ ; _____

Jednocześnie oświadczam, że otrzymałem(am) i zapoznałem(am) się z „Regulaminem świadczenia usług banku internetowego I-BANK w Banku Spółdzielczym w Pruszczu Gdańskim" i zobowiązuje się do przestrzegania jego postanowień.

Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych zawartych w niniejszym wniosku firmom współpracującym z Bankiem Spółdzielczym w Pruszczu Gdańskim w zakresie telefonicznej weryfikacji moich danych oraz innych czynności niezbędnych dla realizacji usługi będącej przedmiotem niniejszego wniosku.

Dzień ____ miesiąc ____ rok ____ .....

Podpis Posiadacza ROR zgodnie z kartą wzorów podpisów

Wypełnia pracownik Banku przyjmujący wniosek

Wniosek zarejestrowano dnia ____.____.____ pod numerem ____/____/____

pozycja w wewnętrznym rejestrze w Jednostce przyjmującej wniosek

Numer umowy I-BANK ____/____/____

Potwierdzam tożsamość Posiadacza ROR oraz zgodność podpisów z kartą wzorów podpisów do rachunku.

Pieczątka i podpis pracownika przyjmującego wniosek

Pieczęć Jednostki w której przyjęto i zarejestrowano wniosek

Wypełnia administrator systemu

Pozycja w rejestrze głównym ____/____

Wniosek zrealizowano w dniu ____.____.____

Pieczątka i podpis administratora systemu

Wypełnia Użytkownik usługi

Kwituję odbiór środków dostępu.

Dzień ____ miesiąc ____ rok ____ .....

Czytelny podpis Użytkownika usługi

Wypełnia pracownik Banku wydający środki dostępu

Potwierdzam tożsamość Użytkownika oraz autentyczność złożonego podpisu na podstawie

Dowód osobisty/Paszport .....

Pieczątka i podpis pracownika wydającego środki dostępu

Pieczęć Jednostki w której wydano środki dostępu