



Spółdzielcza Grupa Bankowa

część 1

**Wniosek o otwarcie rachunku  /zmianę danych \*)**

\_\_\_\_\_

stempel nagłówek placówki banku

**Informacje o wnioskodawcy/ posiadaczu rachunku**

\_\_\_\_\_

imię i nazwisko, adres/, nazwa i siedziba

\_\_\_\_\_

imię i nazwisko, adres/ nazwa i siedziba

REGON

\_\_\_\_\_

NIP

**Forma prawna działalności\*:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą:<br><input type="checkbox"/> zatrudniająca do 9 osób<br><input type="checkbox"/> zatrudniająca powyżej 9 osób | <input type="checkbox"/> rolnik        | <input type="checkbox"/> spółka cywilna:<br><input type="checkbox"/> zatrudniająca do 9 osób<br><input type="checkbox"/> zatrudniająca powyżej 9 osób |
| <input type="checkbox"/> spółka jawna  | <input type="checkbox"/> spółka z o.o. | <input type="checkbox"/> spółka akcyjna   |
| <input type="checkbox"/> samorząd  | <input type="checkbox"/> inna .....    |   |

**Branża działalności\*:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> architektura                | <input type="checkbox"/> księgowość             | <input type="checkbox"/> przetwórstwo rolne |
| <input type="checkbox"/> budownictwo                 | <input type="checkbox"/> marketing/reklama      | <input type="checkbox"/> rolnictwo          |
| <input type="checkbox"/> finanse/bankowość           | <input type="checkbox"/> medycyna               | <input type="checkbox"/> szkolnictwo/nauka  |
| <input type="checkbox"/> informatyka/telekomunikacja | <input type="checkbox"/> motoryzacja            | <input type="checkbox"/> turystyka          |
| <input type="checkbox"/> gastronomia/rozrywka        | <input type="checkbox"/> obrót nieruchomościami | <input type="checkbox"/> ubezpieczenia      |
| <input type="checkbox"/> handel detaliczny           | <input type="checkbox"/> prawo                  | <input type="checkbox"/> inna .....         |

**Adres siedziby Klienta**

\_\_\_\_\_

ulica/ osiedle, nr domu, nr lokalu

\_\_\_\_\_

mięscowość

\_\_\_\_\_

kod pocztowy, poczta

\_\_\_\_\_

kraj

\_\_\_\_\_

telefon, fax do siedziby Klienta

\_\_\_\_\_

mięscowość, data

**Adres korespondencyjny Klienta**

(jeśli inny niż adres siedziby)

\_\_\_\_\_

ulica/ osiedle, nr domu, nr lokalu

\_\_\_\_\_

mięscowość

\_\_\_\_\_

kod pocztowy, poczta

\_\_\_\_\_

kraj

\_\_\_\_\_

adres e-mail do korespondencji

\_\_\_\_\_

pieczętka i podpisy osób reprezentujących wnioskodawcę/  
posiadacza rachunku

Stwierdza się zgodność danych zawartych we wniosku i złożonych dokumentach oraz potwierdza się autentyczność podpisów złożonych na wniosku

\_\_\_\_\_

data, stempel funkcyjny i podpis pracownika placówki banku

\*) proszę wstawić X we właściwym polu



Karta wzorów podpisów

Osoby upoważnione		I	II	III	IV
Dane personalne	Imiona				
	Nazwisko				
	PESEL				
Osoby upoważnione/ Pełnomocnictwa	Rodzaj pełnomocnictwa (proszę zaznaczyć X we właściwym polu)	<input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> rodzajowe do .....	<input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> rodzajowe do .....	<input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> rodzajowe do .....	<input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> rodzajowe do .....
		<input type="checkbox"/> szczególne do .....	<input type="checkbox"/> szczególne do .....	<input type="checkbox"/> szczególne do .....	<input type="checkbox"/> szczególne do .....
Podpis	Wzór podpisu				
Kategoria podpisu	Kategoria podpisu (proszę zaznaczyć X we właściwym polu)	I kolumna <input type="checkbox"/> II kolumna <input type="checkbox"/> bez prawa podpisu <input type="checkbox"/>	I kolumna <input type="checkbox"/> II kolumna <input type="checkbox"/> bez prawa podpisu <input type="checkbox"/>	I kolumna <input type="checkbox"/> II kolumna <input type="checkbox"/> bez prawa podpisu <input type="checkbox"/>	I kolumna <input type="checkbox"/> II kolumna <input type="checkbox"/> bez prawa podpisu <input type="checkbox"/>

Liczba wymaganych podpisów (proszę zakreślić właściwą opcję):  
 1 podpis  2 podpisy w tym min. 1 z kolumny II  podpisy w dowolnym powiązaniu  (należy wpisać ilość podpisów nie większą niż 3)

**\*\*)** stanowisko – należy wpisać rodzaj stanowiska zgodnie z KRS, w przypadku braku KRS zajmowane stanowisko w firmie (np. główny księgowy) lub określenie pełnomocnik, Oświadczam/my, że w/w osoby przy nazwiskach których podano „pełnomocnik” ustanawiam/y naszymi pełnomocnikami do dysponowania środkami pieniężnymi w zakresie określonym powyżej. Osoby przy nazwiskach których nie występuje określenie „pełnomocnik” są uprawnione z tytułu zajmowanego stanowiska do podpisywania dyspozycji z rachunków.

\_\_\_\_\_

wzór używanej pieczętki

\_\_\_\_\_

pieczętka i podpisy osób reprezentujących wnioskodawcę/posiadacza rachunku

Kartę wzorów podpisów przyjęto w dniu

\_\_\_\_\_

stempel funkcyjny i podpis pracownika placówki banku



Dane osób reprezentujących posiadacza/pełnomocników

część 3

Osoby upoważnione		I	II	III	IV
Dane personalne	Imiona				
	Nazwisko				
	Dowód osobisty (seria i nr)	_____	_____	_____	_____
	PESEL	_____	_____	_____	_____
	Paszport (w przypadku braku DO)	_____	_____	_____	_____
	Data urodzenia	____-____-____	____-____-____	____-____-____	____-____-____
	Miejsce urodzenia				
	Obywatelstwo				
	Imię ojca/ imię matki				
Nazwisko panieńskie matki					
Adres zamieszkania	Ulica/osiedle nr domu, lokalu				
	Kod pocztowy/ Miejscowość				
Adres korespondencyjny	Ulica/osiedle nr domu, lokalu				
	Kod pocztowy/Miejscowość				
	e-mail				
Numery telefonów	Nr telefonu stacjonarnego				
	Nr telefonu komórkowego				

1. Bank informuje, iż przetwarza Pani/a dane osobowe w celu podjęcia niezbędnych działań związanych z zawarciem i wykonaniem umowy. Dane te są przeznaczone dla banku oraz mogą być przekazane podmiotom wymienionym w art. 105 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe (t.j. Dz. U. z 2002 r. Nr 72, poz. 665 z późn. zm.) oraz SGB-Bankowi S.A., bankowi zrzeszającemu z siedzibą w Poznaniu, a także:

\_\_\_\_\_

2. Administratorem przekazanych przez Panią/a danych osobowych jest  
SGB-Bank S.A.<sup>i</sup> / Bank Spółdzielczy w Gryfinie

\_\_\_\_\_

nazwa i adres banku – administratora

3. Bank informuje również, że przysługuje Pani/u prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich podanie warunkuje zawarcie i realizację umowy.

Niniejszym  wyrażam /  nie wyrażam zgody \*) na przetwarzanie przez bank moich danych osobowych dla celów marketingowych, promocyjnych i statystycznych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Zgoda ta obejmuje również przetwarzanie moich danych osobowych w przyszłości, jeżeli nie zmieni się cel przetwarzania.

I

_____	_____	_____
miejsowość, data	imię i nazwisko	Podpis

Niniejszym  wyrażam /  nie wyrażam zgody \*) na przetwarzanie przez bank moich danych osobowych dla celów marketingowych, promocyjnych i statystycznych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Zgoda ta obejmuje również przetwarzanie moich danych osobowych w przyszłości, jeżeli nie zmieni się cel przetwarzania.

II

_____	_____	_____
miejsowość, data	imię i nazwisko	Podpis

Niniejszym  wyrażam /  nie wyrażam zgody \*) na przetwarzanie przez bank moich danych osobowych dla celów marketingowych, promocyjnych i statystycznych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Zgoda ta obejmuje również przetwarzanie moich danych osobowych w przyszłości, jeżeli nie zmieni się cel przetwarzania.

III

_____	_____	_____
miejsowość, data	imię i nazwisko	Podpis

Niniejszym  wyrażam /  nie wyrażam zgody \*) na przetwarzanie przez bank moich danych osobowych dla celów marketingowych, promocyjnych i statystycznych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Zgoda ta obejmuje również przetwarzanie moich danych osobowych w przyszłości, jeżeli nie zmieni się cel przetwarzania.

IV

_____	_____	_____
miejsowość, data	imię i nazwisko	Podpis

**UWAGA: pola niewypełnione należy wykreślić**

<sup>i</sup> należy wpisać nazwę właściwego banku administratora