



WNIOSEK O USŁUGĘ BIOMETRII/WNIOSEK O ZMIANĘ DANYCH*)

Dane personalne Użytkownika:

Imiona Nazwisko Pesel

Adres

Data i miejsce urodzenia

Nazwisko rodowe Imię ojca/matki Nazwisko rodowe matki

Typ dowodu tożsamości

Numer dowodu tożsamości Organ wydający Data ważności

Telefon Email

Nr rachunku: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

/należy wstawić znak X w wybrane pole/

Dostępne operacje:

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| Wypłata gotówki | <input type="checkbox"/> |
| Wpłata gotówki | <input type="checkbox"/> |
| Realizacja przelewów | <input type="checkbox"/> |
| Zakładanie lokat | <input type="checkbox"/> |
| Spłata kredytów | <input type="checkbox"/> |
| Doładowania telefonów | <input type="checkbox"/> |
| Wydruk historii operacji | <input type="checkbox"/> |
| Sprawdzanie stan rachunku | <input type="checkbox"/> |

Limity wypłat gotówki: zł

Zmiana limitów wypłat gotówki: zł

Odblokowanie kanału identyfikacji biometrycznej

Zablokowanie kanału identyfikacji biometrycznej

PEŁNOMOCNICTWO: Udzielam niniejszym pełnomocnictwa osobie wymienionej we wniosku do dokonywania w moim imieniu i na moją rzecz operacji przy użyciu usługi biometrii, której dotyczy niniejszy wniosek, operacji określonych w umowie ramowej oraz regulaminie. Jednocześnie zrzekam się prawa do odwołania pełnomocnictwa do momentu skutecznego zastrzeżenia instrumentu płatniczego.

miejscowość, data

podpis Użytkownika

podpis Posiadacza rachunku

podpis pracownika placówki Banku

Wprowadził i wydał **identyfikator biometryczny:**

Data, podpis

Prowizja:

Data, podpis

(Formularz ZGODY drukuje się z systemu operacyjnego Banku, przed pobraniem wzorca biometrycznego)

Bank Spółdzielczy
Pojezierza Międzychodzko-Sierakowskiego
W.....

Data _____

Zgoda na pobranie i użycie wzorca biometrycznego.

Zgadzam się na pobranie mojego wzorca biometrycznego do zastosowania w systemie informatycznym banku w celu obsługi klienta. Oświadczam że zgoda jest dobrowolna i że zostałem poinformowany o możliwości wycofania zgody w dowolnym terminie. Wycofanie zgody jest równoznaczne z zaprzestaniem możliwości korzystania z usług bankowych wykorzystujących biometrię.

Imię _____ Nazwisko _____
Pesel _____
Data urodzenia _____
Numer dowodu tożsamości _____
Organ wydający _____
Typ dowodu tożsamości _____

Numer zgody: _____

Pani/Pana dane biometryczne będą przetwarzane przez Bank Spółdzielczy Pojezierza Międzychodzko-Sierakowskiego w Sierakowie, ul. Bolesława Chrobrego 6, 64-410 Sieraków na podstawie zgody (art.6 ust.1 lit. a RODO), w celu identyfikacji w informatycznym systemie bankowym. Dane będą przechowywane przez Bank przez okres 5 lat począwszy od roku następującego po roku obrotowym w którym:

- 1) odwoła Pani/Pan zgodę na przetwarzanie tych danych osobowych;
- 2) zostanie odwołane pełnomocnictwo do rachunku;
- 3) zostanie rozwiązana umowa rachunku.

.....
Podpis użytkownika

Sporządził: