



## BANK SPÓŁDZIELCZY W HALINOWIE

05-074 Halinów, ul. Piłsudskiego 36  
tel.: 022 783-60-27, 783-60-22  
tel/fax: 022 783-64-29  
[www.bshalinow.pl](http://www.bshalinow.pl)

.....  
miejsowość, data

### Wniosek o udostępnienie usług bankowości elektronicznej

<input type="checkbox"/>	Nowy wniosek	*zaznaczyć krzyżykiem
<input type="checkbox"/>	Modyfikacja	

#### Proszę o udostępnienie bankowości elektronicznej:

Ilość wszystkich zgłaszanych Użytkowników	
Wnioskuje o wypożyczenie przez Bank Pendrivów w ilości szt. (wartość wg protokołu odbioru)	
Wnioskuje o odkupienie od Banku Pendrivów w ilości szt. (wartość wg protokołu odbioru – <i>zależne od dostępności</i> )	
Dostarczę własne PenDrivy w ilości szt.	
Wnioskuje o wydanie środków dostępu na CDROM w ilości szt.	

ilość żądanych środków dostępu nie może być większa od ilości zgłaszanych użytkowników.

Bezpłatnie przygotowywane i wydawane są środki dostępu dla 1 Użytkownika, gdy wnioskowana jest obsługa rachunku oszczędnościowo – rozliczeniowego i rachunku oszczędnościowego lub nie więcej niż dla 2 Użytkowników, w przypadku rachunku bieżącego i pomocniczego.

#### Dane Użytkownika Nr.1:

Hasło do kontaktu telefonicznego (max 12 znaków)																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Adres:

.....  
Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości:

Telefon	Telefon komórkowy dla usługi SMS e-cod	Zezwalam na przesyłanie zaszyfrowanej nowej listy hasel jednorazowych mailem na podany niżej adres	TAK / NIE**
Email			



\*) Zaznaczyć krzyżykiem.

\*\*) Niepotrzebne skreślić.

\*\*\*) Wpisać „0”, gdy Użytkownik nie ma prawa podpisywania, lub nie ma prawa podpisywać samodzielnie wg umowy rachunku (wymagany więcej niż jeden podpis do ważności oświadczenia woli Posiadacza rachunku).

\*\*\*\*) Wypełnić, gdy umowa rachunku lub wola Posiadacza rachunku dla określonych kwot wymaga więcej niż jednego podpisu.

.....

/ Podpis Posiadacza / Współposiadacza rachunku  
lub stempel firmowy i podpisy osób uprawnionych do  
składania oświadczeń woli w imieniu Posiadacza rachunku /

.....

*/Data, pieczętka imienna i podpis pracownika banku/*