



Spółdzielcza Grupa Bankowa

Pełnomocnictwo/ zmiana danych osobowych*)

 stempel nagłówek placówki banku

Udzielenie pełnomocnictwa **)

Ja, _____
 imię i nazwisko osoby udzielającej pełnomocnictwa posiadacz/ współposiadacz rachunku

dnia: ____ - ____ - ____ (dd-mm-rrrr)

udzielam pełnomocnictwa:

- stałego, uprawniającego do działania pełnomocnika w zakresie zastrzeżonym dla posiadacza obejmującego wszystkie rachunki
- rodzajowego, uprawniającego pełnomocnika do dysponowania środkami pieniężnymi na danym rachunku, w tym do składania zleceń lub dyspozycji określonego rodzaju, w ciężar lub na dobro rachunku numer:

oraz do zamknięcia rachunku tak nie

- szczególnego, uprawniającego pełnomocnika do dokonania z bankiem czynności

do odwołania

na okres: od ____ - ____ - ____ do ____ - ____ - ____ (dd/mm/rrrr)
 niżej wymienionej osobie:

Dane personalne pełnomocnika

_____ imiona _____ nazwisko

_____ nazwisko panieńskie

_____ rodzaj dowodu tożsamości: _____ seria i numer dowodu tożsamości _____ PESEL
 D- dowód osobisty
 P- Paszport

wydany przez: _____

_____ dnia: ____ - ____ - ____

_____ data urodzenia (dd-mm-rrrr) _____ miejsce urodzenia _____ obywatelstwo

_____ imię ojca _____ imię matki _____ nazwisko panieńskie matki

Adres stałego zameldowania

ulica /osiedle, nr domu, nr lokalu	
kod pocztowy, poczta	miejsowość
powiat	kraj
telefon stacjonarny	
telefon komórkowy	
wzór podpisu pełnomocnika	

Adres korespondencyjny

(jeśli inny niż adres stałego zameldowania)

ulica/ osiedle, nr domu, nr lokalu	
kod pocztowy, poczta	miejsowość
powiat	kraj
podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa posiadacz/współposiadacz/podpis osoby dokonującej zmiany**)	
stempel funkcyjny i podpis pracownika placówki banku	

Stwierdza się zgodność danych osobowych z okazanym dokumentem stwierdzającym tożsamość oraz potwierdza się autentyczność złożonego wzoru podpisu.

miejsowość, data

*) proszę wstawić znak X w wybrane pole
**) nie wypełnia się w przypadku zmiany danych

Bank informuje, iż przetwarza Pani/a dane osobowe w celu wywiązania się z zawartej 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 (Dz. U. z 2002 r. Nr 72 poz. 665 z późn. zm.) oraz SGB-Bankowi S.A. - bankowi zrzeczającemu z siedzibą w Poznaniu, a także

Bank informuje również, że przysługuje Pani/u prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Niniejszym wyrażam/nie wyrażam zgodę/ły 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.

miejsowość, data	imię i nazwisko	podpis pełnomocnika
------------------	-----------------	---------------------

(wypełnia bank)

Pełnomocnictwa udzielono dnia: | | | | - | | | | - | | | | | | | (dd/mm/rrrr)

data, stempel funkcyjny i podpis pracownika placówki banku
--

Odwołanie pełnomocnictwa

Z dniem: | | | | - | | | | - | | | | | | | (dd/mm/rrrr), o godzinie | | | |:| | | | odwołuję niniejsze pełnomocnictwo.

podpis osoby odwołującej pełnomocnictwo posiadacz/współposiadacz

stempel funkcyjny i podpis pracownika placówki banku
--