

WNIOSEK O: ☐ NADANIE ☐ ZMIANĘ ☐ ODWOŁANIE PEŁNOMOCNICTWA

|                                                                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Nazwa Firmy</b>                                                                                                     |  |
| <b>REGON lub NIP:</b><br>(gdy brak NIP - państwo rejestracji, nazwa rejestru handlowego oraz numer i data rejestracji) |  |

**Zmiana dotyczy** (prosimy o dokonanie wyboru):

☐ wszystkich rachunków

☐ wybranego rachunku wskazanego poniżej:

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**ZAKRES PEŁNOMOCNICTWA** (uzupełnij dane)

|                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Imię i nazwisko</b>                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>PESEL</b> (gdy brak PESEL - data urodzenia oraz kraj urodzenia) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Udzielenie pełnomocnictwa                 | <input type="checkbox"/> do dysponowania środkami w zakresie określonym na karcie wzorów podpisów<br><input type="checkbox"/> do obsługi produktów za pośrednictwem internetowych kanałów dostępu*                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Zmianę pełnomocnictwa                     | <input type="checkbox"/> do dysponowania środkami w zakresie określonym na karcie wzorów podpisów<br><input type="checkbox"/> do obsługi produktów za pośrednictwem internetowych kanałów dostępu*<br>Data, od której zmiana ma obowiązywać: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Odwołanie pełnomocnictwa                  | Data, od której zmiana ma obowiązywać: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                       |

**WAŻNE:**

\* przy wyborze tej opcji wymagane jest złożenie Wniosku o dostęp/zmiany do VeloBiznes

|                             |                                                                                   |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| .....<br>Miejscowość i data | .....<br>Podpis/-y osób/-y uprawnionych do reprezentacji/ dysponowania rachunkiem |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                   |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Potwierdzam tożsamość przedstawiciela firmy oraz fakt złożenia przez niego podpisu w mojej obecności.<br><br>Stosujemy w przypadku złożenia podpisów w obecności pracownika banku | .....<br>Podpis pracownika banku |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|