ЗАЯВА-АНКЕТА від «____»_____20___року
про надання банківської послуги (Платіжна корпоративна картка *MasterCard)*

Дані для юридичних осіб/юридичних осіб нерезидентів/представництв юридичних осіб нерезидентів в Україні/фізичних осіб – підприємців/для фізичних осіб, які провадять незалежну професійну діяльність (надалі – Клієнт), що відкриває поточний рахунок, операції за яким можуть здійснюватися з видачею електронних платіжних засобів (надалі – рахунок):

Просимо по поточному рахунку з видачею електронного платіжного засобу (ЕПЗ) №_____відкритому в **АТ « АЛЬПАРІ БАНК»**, видати корпоративні/корпоративний ЕПЗ.

Назва Клієнта_____

Код за ЄДРПОУ або реєстраційний (обліковий) номер платника податків або реєстраційний номер облікової картки платника податків_____

Прізвище, ім'я по батькові _____

Посада працівника (для найманих працівників) _____

Позначте тип картки, яку повинен отримати працівник:

MasterCard: World ☐ Debit Unembossed ☐ коментар_____(у разі необхідності)

Тип картки: основна ☐ додаткова ☐

Валюта рахунку (*зазначається виключно один вид валюти*) : UAH ☐ USD ☐ EUR ☐

Тарифний пакет: «Корпоративна картка»

Підписанням цієї Заяви-Анкети підтверджується, що вищевказана особа є працівником Організації/довіреною особою і з правилами користування карткою ознайомлена та згодна їх виконувати; повну фінансову відповідальність за Держателів корпоративних ЕПЗ несе власник рахунку. Письмові розпорядження підписуватимуться власником рахунку або уповноваженою ним особою за довіреністю. У разі зміни повноважень особи на право розпоряджатися рахунком власник рахунку має негайно повідомити про це в письмовій формі.

Підпис Клієнта (власника рахунку)_____ "___"_____20 р.

Персональні та контактні дані Держателя корпоративного ЕПЗ:
Прізвище ім'я по-батькові (надалі - «Клієнт»)

Прізвище, ім'я латинськими літерами *(згідно з даними паспорта громадянина України для виїзду за кордон (за наявності), у разі відсутності останнього - довільно латинською транскрипцією) /Ім'я та прізвище англійською, як вказано в паспорті (для нерезидентів обов'язково)*	SURNAME:	NAME:
Реєстраційний номер облікової картки платника податків, *або серія та номер паспорту, у якому проставлено відмітку органів ДПС про відмову в одержанні Ідентифікаційного (реєстраційного) номеру/наявність права здійснювати будь -які платежі за серією та номером паспорта - у разі відсутності ідентифікаційного (реєстраційного) номеру у графі робиться напис "відсутній"*		
Документ, що посвідчує особу	Назва: ☐ Паспорт ☐ Посвідка на ПП ☐ Інше _____ серія _____ № , орган що видав _____ дата видачі «____»_____р., термін дії «____» _____ _____ *р. (у разі наявності)*	
Резидентність:	☐ резидент України ☐ нерезидент України Громадянство_____	
Відомості про клієнта **Для резидентів: адреса реєстрації місця проживання/ місця перебування** **Для нерезидентів: адреса тимчасового перебування на території України**	Дата народження «____»_____р. Місце народження _____ Поштовий індекс_____Країна_____Регіон (область), Район _____ Місто/село_____Вулиця/ провулок _____ _____ Номер будинку (будівлі, корпусу)_____ _____Номер квартири_____	
Фактична адреса: місця проживання/ місця перебування	☐ співпадає з місцем реєстрації Поштовий індекс_____Країна_____Регіон (область), Район _____ Місто/село_____Вулиця/ провулок _____ Номер будинку (будівлі, корпусу)_____Номер квартири_____	
Інша додаткова інформація про клієнта	Чи являєтесь Ви публічною особою? ☐ так ☐ ні Чи являєтесь Ви пов'язаною/близькою особою національного публічного діяча, іноземного публічного діяча, діяча, що виконує політичні функції в міжнародних організаціях? ☐ так ☐ ні Якщо «Так» зазначити ПІБ, дату народження, посаду РЕР	
	Чи маєте Ви статус податкового резидента США? ☐ так ☐ ні *(*податкові резиденти США – *громадяни та резиденти США, компанії зареєстровані в США; громадяни України та інших країн, які протягом року перебували понад 183 днів на території США; власники нерухомого майна, розташованого в США, власники акцій (контролери) американських компаній).* Підстави такої належності* _____	
Номер мобільного телефону, на який вам будуть надходити повідомлення про зміну стану рахунку:	**+38 ( )**	**Адреса електронної пошти:** @_____
Для ідентифікації Вас як дійсного Держателя корпоративного ЕПЗ в подальшому, необхідно **ВКАЗАТИ ПАРОЛЬ,** який буде знати лише Ви. Наприклад, **це може бути дівоче прізвище Вашої матері:**		

Я_____підтверджую, що вся інформація, наданою мною в АТ «АЛЬПАРІ БАНК» в цій ЗАЯВІ-АНКЕТІ є повною, достовірною і я зобов'язуюсь терміново не пізніше 5 календарних днів повідомляти АТ «АЛЬПАРІ БАНК» про будь-які зміни в цій інформації, що можуть статися в період дії Договору.

Я погоджуюся, що АТ «АЛЬПАРІ БАНК» має право перевіряти інформацію, надану мною у цій Заяві-Анкеті, і проводити такі перевірки, які АТ «АЛЬПАРІ БАНК» вважає за необхідні. З обмеженнями, встановленими на мою платіжну картку, ознайомлений.

Підписанням цієї Заяви-Анкети, Я, як суб'єкт персональних даних, без застережень та обмежень надаю згоду АТ «АЛЬПАРІ БАНК» на обробку та використання моїх персональних даних з метою надання мені банківських послуг, передбачених Правилами комплексного банківського обслуговування юридичних осіб, фізичних осіб, які провадять незалежну професійну діяльність (надалі – Правила), а також з метою надання/ пропонування мені інших послуг, не передбачених Правилами, в порядку та в обсязі, передбачених Законом України «Про захист персональних даних» та Правилами. Зазначена вище згода надана на невизначений строк. Підписанням цієї Заяви-Анкети, Я надаю згоду АТ «АЛЬПАРІ БАНК» на передачу інформації, перелік якої визначено в Законі України «Про банки і банківську діяльність», до кредитного реєстру Національного банку України та на доступ до моєї кредитної історії.

Із змістом Інструкції про порядок відкриття, використання і закриття рахунків у національній та іноземних валютах, затвердженої постановою Правління Національного банку України від 12.11.2003р. №492, із змінами і доповненнями (надалі – Інструкція), ознайомлений. Вимоги цієї Інструкції для мене обов'язкові.

Підтверджую отримання та ознайомлення з інформацією, що міститься в Тарифах Банку, Правилах користування платіжними картками АТ «АЛЬПАРІ

БАНК» Підтверджую отримання мною всіх пояснень, необхідних для роз'яснення наведеної інформації, в тому числі суттєвих характеристик запропонованих послу г та певних наслідків, які вони можуть мати для мене, в тому числі в разі невиконання мною зобов'язань перед Банком.
З Добовими лімітами на проведення операцій із використанням платіжних карток платіжної системи MasterCard ознайомлений Банком.

"__" _____ р. *(дата)*	_____ *(підпис держателя корпоративного ЕПЗ)*

Відмітки Банку		
Працівник Банку, відповідальний за ідентифікацію, верифікацію, вивчення Клієнта/Держателя корпоративного ЕПЗ. Засвідчую справжність підпису Клієнта/Держателя корпоративного ЕПЗ, який зроблено у моїй присутності, документи щодо надання банківської послуги (Платіжна корпоративна картка MasterCard) перевірив:		
ПІБ_____	**Посада**_____	**Підпис**_____