



КРЕДИТНАЯ КАРТА

РАСЧЕТНАЯ КАРТА

офис получения карты

ПРОШУ ВЫПУСТИТЬ МНЕ КАРТУ

MasterCard Метро

НОВУЮ к новому Картсчету в: рублях долларах США евро к Картсчету № _____

ПЕРЕВЫПУСТИТЬ КАРТУ № _____ с новым сроком действия со старым сроком действия

в связи с повреждением карты утратой карты окончанием срока действия утратой ПИНа иное _____

ИНФОРМИРОВАНИЕ

SMS НАПРАВЛЯТЬ о проводимых операциях по карте и доступном балансе

на мобильный телефон (только стандарта GSM) (_____)

Оператор (указать) Билайн МТС Мегафон Иной _____

НАИМЕНОВАНИЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ПРЕДЛОЖЕНИЯ (если имеется)

КОДОВОЕ СЛОВО В ЛАТИНСКОЙ ТРАНСЛИТЕРАЦИИ (девичья фамилия матери или иное слово)

ИМЯ И ФАМИЛИЯ В ЛАТИНСКОЙ ТРАНСЛИТЕРАЦИИ (в соответствии с заграничным паспортом)

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

ФАМИЛИЯ	_____										
ИМЯ	_____										
ОТЧЕСТВО	_____										
Дата рождения	день	_____	месяц	_____	год	_____	Пол	<input type="checkbox"/> муж.	<input type="checkbox"/> жен.		
Гражданство	<input type="checkbox"/> Россия		<input type="checkbox"/> иное (указать) _____								
Место рождения	Государство _____										
Населенный пункт	_____										

ОСНОВНОЙ ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ

<input type="checkbox"/> Паспорт	<input type="checkbox"/> Удостоверение личности офицера	<input type="checkbox"/> Иное	_____									
Серия	_____	Номер	_____	Код подр.	_____							
Кем выдан	_____											
Когда выдан	_____	день	_____	месяц	_____	год	_____					
<input type="checkbox"/> ЗАГРАНИЧНЫЙ ПАСПОРТ	Серия	_____	Номер	_____								
Кем выдан	_____											
Когда выдан	_____	день	_____	месяц	_____	год	_____					

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

ИНДЕКС	_____	Край/обл./р-н	_____								
Город/Нас. пункт	_____										
Улица	_____										
Дом	_____	Корпус	_____	Квартира	_____						
Телефон	(_____)										
Срок регистрации по указанному адресу:	<input type="checkbox"/> до 1 года	<input type="checkbox"/> от 1 года до 5 лет	<input type="checkbox"/> свыше 5 лет								

МЕНЯЛИСЬ ЛИ ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО

нет да (указать) _____

АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ

ИНДЕКС	_____	Край/обл./р-н	_____								
Город/Нас. пункт	_____										
Улица	_____										
Дом	_____	Корпус	_____	Квартира	_____						
Телефон	(_____)										
Срок проживания по указанному адресу:	<input type="checkbox"/> до 1 года	<input type="checkbox"/> от 1 года до 5 лет	<input type="checkbox"/> свыше 5 лет								

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Мобильный телефон	(_____)
Электронная почта	_____

ИНН (если имеется)

МЕСТО РАБОТЫ

Наименование организации	_____										
Должность	_____										
Фактический адрес	индекс	_____									
Рабочий телефон	(_____)										

Являетесь ли вы иностранным публичным должностным лицом (при ответе на вопрос пользуйтесь информацией о категориях лиц, относящихся к публичным должностным лицам, размещенной на стендах) нет да (если Вы ответили «ДА», Вам необходимо заполнить дополнительную Анкету)

Достоверность сведений, указанных в настоящем Заявлении, подтверждаю. Согласен (-на) с тем, что Банк или его представители имеют право проверить содержащиеся в настоящем Заявлении сведения.

Согласен (-на) с тем, что Банк вправе дополнительно использовать данные, в том числе персональные данные, указанные в настоящем Заявлении, для принятия решения о заключении Договора, отправки мне сообщений, рекламных и информационных материалов в течение 3 лет до отзыва мною настоящего согласия путем личной подачи письменного заявления в офис банка.

Согласен (на) на обработку данных, в том числе персональных данных, указанных в настоящем Заявлении, автоматизировано и вручную.

Банк вправе изменять Условия и/или Тарифы по своему усмотрению с уведомлением Держателя Основной Карты об изменении путем размещения соответствующих объявлений печатных экземпляров новых Условий и/или Тарифов в операционных подразделениях Банках и через сеть интернет на сайте Банка www.avangard.ru не позднее, чем за 10 календарных дней до даты введения в действие новых Условий и/или Тарифов (п.7.9. Условий).

С «Условиями выпуска расчетной банковской карты ОАО АКБ «АВАНГАРД» и Тарифами ознакомлен (-на) и согласен (-на).

(подпись)

(Фамилия Имя Отчество полностью, прописью)

_____ 201__ г.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ БАНКОМ

ЗАЯВЛЕНИЕ ПРИНЯТО				ОФИС БАНКА		СОТРУДНИК	_____
ДАТА	день	месяц	год	ID ЗАЯВЛЕНИЯ	_____		

ВНИМАНИЕ! ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ, ЧЕТКИМ РАЗБОРЧИВЫМ ПОЧЕРКОМ. ВСЕ ПОЛЯ ЗАЯВЛЕНИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОБЯЗАТЕЛЬНО ЗАПОЛНЕНЫ