

First Data Polska S.A., w imieniu American Express Payments Europe S.L. (AEPE), jest instytucją obowiązaną w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 3) ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu co oznacza, że stosownie do art. 33 i 34 tej ustawy spoczywa na niej obowiązek uzyskania danych zawartych w niniejszej karcie.

DATA	
NAZWA AKCEPTANTA	
NIP	
FORMA ORGANIZACYJNA	
ADRES SIEDZIBY	
<small>PROSZĘ WPISAĆ PEŁEN ADRES: ULICA, NR ULICY / LOKAL, KOD POCZTOWY, MIASTO, KRAJ</small>	

REPREZENTACJA 1 / PEŁNOMOCNICTWO 1

IMIĘ (IMIONA) NAZWISKO		
PESEL		<small>PROSZĘ WPISAĆ DATĘ URODZENIA W FORMACIE: DD MM RRRR W PRZYPADKU OSOBY NIE POSIADAJĄCEJ NUMERU PESEL</small>
DATA URODZENIA		<small>PROSZĘ WPISAĆ DATĘ URODZENIA W FORMACIE: DD MM RRRR</small>
NUMER I SERIA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI		
WAŻNY DO		
TYP DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI	<input type="checkbox"/> DOWÓD OSOBISTY <input type="checkbox"/> PASZPORT <input type="checkbox"/> ZAGRANICZNY DOWÓD TOŻSAMOŚCI CUDZOZIEMCA <input type="checkbox"/> KARTA STAŁEGO/TYMczasowego POBYTU	
OBYWATELSTWO		

DOTYCZY AKCEPTANTÓW BĘDĄCYCH OSOBAMI FIZYCZNYMI PROWADZĄCYMI JEDNOOSOBOWĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ ORAZ ICH PEŁNOMOCNIKÓW

ADRES ZAMIESZKANIA/ZAMELDOWANIA (JEŻELI INNY NIŻ ADRES SIEDZIBY AKCEPTANTA)**		<small>PROSZĘ WPISAĆ pełen adres: ULICA, NR ULICY / LOKAL, KOD POCZTOWY, MIASTO, KRAJ</small>
---	--	---

REPREZENTACJA 2 / PEŁNOMOCNICTWO 2

IMIĘ (IMIONA) NAZWISKO		
PESEL		<small>PROSZĘ WPISAĆ DATĘ URODZENIA W FORMACIE: DD MM RRRR W PRZYPADKU OSOBY NIE POSIADAJĄCEJ NUMERU PESEL</small>
DATA URODZENIA		<small>PROSZĘ WPISAĆ DATĘ URODZENIA W FORMACIE: DD MM RRRR</small>
NUMER I SERIA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI		
WAŻNY DO		
TYP DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI	<input type="checkbox"/> DOWÓD OSOBISTY <input type="checkbox"/> PASZPORT <input type="checkbox"/> ZAGRANICZNY DOWÓD TOŻSAMOŚCI CUDZOZIEMCA <input type="checkbox"/> KARTA STAŁEGO/TYMczasowego POBYTU	
OBYWATELSTWO		

DOTYCZY AKCEPTANTÓW BĘDĄCYCH OSOBAMI FIZYCZNYMI PROWADZĄCYMI JEDNOOSOBOWĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ ORAZ ICH PEŁNOMOCNIKÓW

ADRES ZAMIESZKANIA/ZAMELDOWANIA (JEŻELI INNY NIŻ ADRES SIEDZIBY AKCEPTANTA)**		<small>PROSZĘ WPISAĆ pełen adres: ULICA, NR ULICY / LOKAL, KOD POCZTOWY, MIASTO, KRAJ</small>
---	--	---

Potwierdzam dokonanie weryfikacji powyższych danych na podstawie okazanego fizycznie dokumentu tożsamości LUB dołączonego skanu/kopii dokumentu tożsamości w sytuacji podpisania umowy/aneksu bez fizycznej obecności Akceptanta

Podpis osoby weryfikującej dane
 (czytelny podpis,
 pod podpisem proszę dopisać drukowanymi literami: Imię, nazwisko osoby weryfikującej oraz pełną nazwę firmy)

* W przypadku gdy spółkę reprezentują więcej niż dwie osoby, dane kolejnych reprezentantów należy umieścić na kolejnej Karcie Akceptanta.
 ** W sytuacji braku adresu w dokumencie tożsamości należy wpisać adres zadeklarowany przez Akceptanta