

JAG VILL BETALA MED COOP MEDMERA-KORTET

Du måste ha ett giltigt Coop MedMera-kort eller ha ansökt om ett, för att kunna ansöka om dessa betaltjänster.

Fyll i ansökan och posta den portofritt (ofrankerat) till: Coop MedMera
Svarspost Kundnummer 20546741
831 20 Östersund.

1. Ansökan avser

<input type="checkbox"/> 1. Coop MedMera Konto Åldersgräns 16 år	<input type="checkbox"/> 2. Coop MedMera Konto med kredit Åldersgräns 18 år	<input type="checkbox"/> 3. Coop MedMera Faktura Åldersgräns 18 år	<input type="checkbox"/> 4. Coop MedMera Visa Åldersgräns 18 år	<input type="checkbox"/> 5. Ändring av befintlig kredit <input type="checkbox"/> Konto med kredit <input type="checkbox"/> MedMera Faktura <input type="checkbox"/> MedMera Visa
---	--	---	--	---

2. Kontohavare

Förnamn (tilltalsnamn)	Personnummer (ååmmdd-xxxx)	
Efternamn	Telefonnummer dagtid (inkl riktnummer)	Mobilnummer*
Bostadsadress (Obs! Där du är mantalsskriven)	E-post* (Var god texta)	
Postnummer och ort		

3. Fylls i om du ansöker om Coop MedMera Konto med kredit, Coop MedMera Faktura eller Coop MedMera Visa

Kreditgräns är obligatorisk.

<input type="checkbox"/> 5 000 kr	<input type="checkbox"/> 10 000 kr	<input type="checkbox"/> 20 000 kr	<input type="checkbox"/> 50 000 kr	<input type="checkbox"/> Annat belopp kr	Årsinkomst före skatt kr
-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------

(Max 100 000 kr för Coop MedMera Visa)

Anställningsförhållande (år, mån)

Fast anställd sedan	Egen rörelse sedan	Vikariat/projektanställning tom	Pensionär sedan	Annat
---------------------	--------------------	---------------------------------	-----------------	-------

4. Följande person ska ha extrakort och samla Medlemsåterbäring med mig

<input type="checkbox"/> Kort med koppling till mitt betalkonto. Jag beställer kort med koppling till mitt betalkonto. Jag är medveten om och samtycker till att personer med extrakort får tillgång till samma kontoinformation som jag har. Personen som får tillgång till kontot måste vara över 15 år för Coop MedMera och 18 år för Coop MedMera Visa.	Personnummer (ååmmdd-xxxx)
<input type="checkbox"/> Kort endast för medlemsförmåner och insamling av återbäring. Jag beställer kort utan koppling till mitt betalkonto: Personen som får ett kort måste vara minst 6 år.	Personnummer (ååmmdd-xxxx)

5. Bistånd På Köpet (Är du redan tidigare ansluten till Bistånd På Köpet och vill skaffa ett annat kort, behöver du kryssa i på nytt.)

Ja, jag vill vara med och skänka ören via Bistånd På Köpet när jag betalar med mitt kort. (Varje köp avrundas uppåt till närmaste krona.)

6. Underskrift

Härmed försäkras att lämnade uppgifter är riktiga och fullständiga. Jag är medveten om att en kreditprövning kommer att ske och att en kreditupplysning kommer att inhämtas samt att arbetsgivare kan komma att kontaktas för kontroll av lämnade uppgifter. MedMera Bank AB förbehåller sig rätten att bevilja ett lägre belopp än det som söks eller att avslå ansökan. När MedMera Bank AB godkänt min ansökan och jag för första gången därefter använder mitt kort accepterar jag genom användandet av kortet de villkor som gäller för kort och konto.

Villkoren bifogas i sin helhet när du erhåller ditt kort eller när du får ditt bekräftelsebrev. För fullständiga villkor gå in på www.coop.se

*Genom att lämna min e-postadress och/eller mitt mobilnummer samtycker jag till att erhålla erbjudanden från Coop MedMera och dess samarbetspartners.

_____ Ort och datum
_____ Namnteckning kontohavare
_____ Namnförtydligande

F2 00WEBBV1046