Equity Bank Congo S.A.
4b, Avenue des Aviateurs, Gombe/Kinshasa

CONTRAT DE CARTE

Numéro de compte 0 0 0 1 8 - _____ Devise _____

Nom du titulaire du compte _____

Numéro de client _____ - _____

Adresse _____

_____

Téléphone _____

Nom du titulaire de la carte _____

Numéro de client _____ - _____

Adresse _____

_____

Téléphone _____

Statut du titulaire de la carte : ☐ Titulaire de compte ☐ Titulaire de compte joint ☐ Mandataire de type A

Type de carte : ☐ Visa ☐ ProCard ☐ ProCard Epargne ☐ MasterCard débit

☐ MasterCard crédit : Montant demandé _____ USD Montant accordé _____ USD

Type de demande : ☐ Nouveau ☐ Renouvellement

Autorisation de renouvellement de la carte par le mandataire de type A ☐ OUI ☐ NON

Je confirme que les informations données ci-dessus sont correctes. J'accepte et je m'engage à respecter les Conditions Générales liées à l'octroi de la carte.

Lieu et date : _____ Signature du titulaire du compte*: _____

*Signature des représentants légaux de la personne morale titulaire du compte courant, le cas échéant.

Siège Social :
4b,Av. des Aviateurs
Kinshasa/Gombe
République Démocratique du Congo

Call center : +243 81 830 27 00
Fax : +49 69 255 770 42
E-mail : mail@equitybank.cd
http//www.equitybank.cd