PATIKA EGÉSZSÉGPÉNZTÁR
az Eredeti

BELÉPÉSI NYILATKOZAT
PATIKA EGÉSZSÉGPÉNZTÁR
STATEMENT OF ENTRY PATIKA HEALTH FUND

1022 Budapest, Bimbó út 18.
ugyfelszolgalat@patikapenztar.hu
www.patikapenztar.hu
Phone: +36-1-210-9790
Bankszámlaszám/Bank account No: 10700024-02400406-51100005

Pénztártag-azonosítószám / *Fund Member ID*: ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊ Tagszervezői kód / *Member recruiter's code*: ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊ *PEP2026/01/T/01/ENG*

A Pénztár/Tagszervező tölti ki! / *To be completed by the Fund / Member recruiter / Pharmacy*

I. A PÉNZTÁRTAGRA VONATKOZÓ ÁLTALÁNOS ADATOK / FUND MEMBER'S GENERAL DETAILS (Az összes adatot adja meg. Nyomtatott betűvel töltse ki a sorokat! / Please fill in all the data and fill in the details in block capitals!)

Név (a kártyán feltüntetésre kerülő név, maximum 27 karakter lehet szóközökkel együtt) / ***Name*** *(name to be shown on the card)*:

……

Születési név / ***Name at birth***: ……

Születési hely, idő / ***Place and date of birth:*** ……, ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊

TAJ szám / ***Social insurance No***: ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊ **Állampolgárság** / ***Citizenship***: ……

Anyja leánykori neve / ***Mother's maiden name*****:** ……

Adóazonosító jele / ***Tax identification No***: ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊

Telefonszám / ***Phone***: +36 ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊

Állandó lakcím (irányítószám, város, utca, házszám) / ***Permanent address*** *(postcode, city, street and street number)*:

⌊⌊⌊⌊ ……

Levelezési cím (irányítószám, város, utca, házszám) / ***Mailing address*** *(postcode, city, street and street number)*

⌊⌊⌊⌊ ……

E-mail: ……

☐ Fenti e-mail címem egyben az **elektronikus ügyintézéshez megadott** elérhetőségem. Tudomásul veszem, hogy a Pénztár a belépési nyilatkozatot és más részemre átadandó dokumentumokat az elektronikus fiókomba (NetPénztárba) tölti fel, postai úton azokat nem küldi. / *My e-mail address above is also my contact information provided for electronic administration.I understand that the Pénztár uploads the entry declaration and other documents to be handed over to my electronic account (NetPénztár) and does not send them by post.*

Bankszámlaszám / ***Bank account No***: ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊ -⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊ -⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊

A bankszámlaszámot a Pénztár rögzíti és a későbbiekben használja a Pénztártag és a Pénztár közötti pénzmozgás biztosítására, többek között az elszámolásra benyújtott számlák ellenértékének kifizetésére. Az itt megadott számlaszámot módosíthatja az Adatváltozás-bejelentő nyomtatványon vagy a készpénzes számla feltöltésére szolgáló webes felületen. / *The bank account number is recorded by the Pénztár and used later to ensure the flow of money between the Pénztár member and the Pénztár, including for the payment of the consideration of invoices submitted for settlement. You can change the account number entered here on the Data Change notification form or on the web interface for uploading the cash payment invoice.*

Személyazonosságot igazoló okmány (egyet jelöljön X-szel és alatta tüntesse fel az okmány számát)! / ***Identity document*** *(please indicate the appropriate document with an X and enter the document number under the document indicated)*

Személyazonosító igazolvány / *ID card* ☐	Vezetői engedély / *Driving licence* ☐	Útlevél / *Passport* ☐	Egyéb / *Other*: ☐

Lakcímet igazoló okmány száma /
Address proof document number: _____

☐ Kijelentem, hogy sem kiemelt közszereplő, sem annak közeli hozzátartozója nem vagyok. / *Declare that I am not a politically exposed person or I am not close relative of politically exposed person.*

☐ Kijelentem, hogy kiemelt közszereplő vagy annak közeli hozzátartozója vagyok. A szükséges nyomtatvány a belépési nyilatkozat mellékletét képezi./ *Declare that I am a politically exposed person or I am a close relative of politically exposed person, and the required form is attached to the entry declaration.*

II. A VÁLASZTOTT HAVI TAGDÍJ ÉS FIZETÉSÉNEK MÓDJA

A pénztári tagdíj fizetése történhet egyénileg és munkáltatói hozzájárulásból vagy a két fizetési mód együttes alkalmazásával. **A pénztár Alapszabálya szerint a minimális tagdíj 5 000 Ft.** Felhívjuk szíves figyelmét, az egészségpénztári kártya igénylése a pénztártag részére kötelező, és a belépési nyilatkozattal a pénztártag az igénylési kötelezettségének is eleget tesz. A kártya díja 3760 Ft. Fizessen be legalább 4000 forintot, hogy az összeg minél hamarabb rendelkezésre álljon az egyéni számláján. A befizetés után 20% adókedvezmény érvényesíthető.

II. MONTHLY MEMBERSHIP FEE CHOSEN AND METHOD OF ITS PAYMENT

The fund membership fee may be paid from the employer's contribution and individually, either by using the two payment methods together. According to the Articles of Association of the Fund, the minimum amount of the monthly membership fee is HUF 5,000. Please note that applying for a health card is required. The entry declaration also fulfills the card application. The fee for the card is HUF 3,760 which is deducted from the individual account of the fund member. Please make sure this amount is available in your account (you have to pay 4,000 HUF). A 20% tax discount can be applied after payment.

Vállalt havi tagdíj/*Membership fee individually agreed to*: ⌊⌊⌊⌊⌊⌊ Ft (5000 forintnál nem lehet kevesebb / *It cannot be less than HUF 5,000)*

Fizetésének módja (csoportos beszedési megbízás, vagy banki utalás választása esetén bankszámlaszám megadása kötelező!) / *Method of payment (If you choose direct debit order or bank transfer, you must enter a bank account number)*

☐ Csoportos beszedési megbízás (a lakossági folyószámlát vezető bank megbízásával, a Patikapénztár azonosítószáma: A18238949) / *Direct debit order (given to the bank managing the retail current account, ID number of the Patika Fund: A18238949)*

Bankszámlaszám (ha eltér a fent megadott bankszámlaszámtól) / *Bank account No (if it differs from the bank account number specified above*): ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊

☐ Banki utalás, bankkártyával vagy állandó banki átutalási megbízás (a lakossági folyószámlát vezető bank megbízásával) / *Bank transfer with a bank card or standing bank transfer order (given to the bank managing the retail current account)*

☐ Egyéni befizetés munkabérből levonva munkáltatón keresztül / *Individual payment deducted from your salary through the employer*

☐ Munkáltatói hozzájárulás (ez esetben munkáltató neve) / *Employer's contribution (Name of employer*): …….....

A havi tagdíj fizetés gyakorisága / *Frequency of monthly membership fee payments*:

◯ Havi / *Monthly* ◯ Negyedéves (előre) / *Quarterly (in advance)* ◯ Féléves (előre) / *Biannual (in advance)*

◯ Éves (előre*) / Annual (in advance)*

III. SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT KÖZELI HOZZÁTARTOZÓ MEGJELÖLÉSE/ DESIGNATION OF A CLOSE RELATIVE ENTITLED TO THE SERVICES (Az itt megjelölt személy az Ön egyéni számlájához kapcsolódóan igénybe veheti a pénztári szolgáltatásokat. Felhívjuk figyelmét, társkártya csak az itt megjelölt szolgáltatásra jogosult részére igényelhető. / The person specified here may use the services of the Fund in connection with your individual account. Please note that you can only apply for a supplementary card for the person entitled to the services specified here.)

Szolgáltatásra jogosult neve / *Name of the person entitled to the services*: ……..……..……..

Születési név / *Name at birth*:……..……..……..

Állampolgárság / *Citizenship*: ……..…….....…… **TAJ szám / *Social insurance No***: ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Születési hely, idő / *Place and date of birth*:……..……..…..……, ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Személyi igazolvány szám / *ID card No*: ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Adóazonosító jele / *Tax identification No*: ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Anyja leánykori neve / *Mother's maiden name*:: ……..……

Állandó lakcím (irányítószám, város, utca, házszám) / ***Permanent address*** *(postcode, city, street and street number*:

⌊_⌊_⌊_⌋ ……..……...

Rokonsági kapcsolata (kérjük, jelölje x-szel a megfelelőt / ***Relationship*** *Please mark the appropriate alternative with an X*)

☐ házastárs, élettárs / *spouse, cohabiting partner* ☐ testvér / *sibling*

☐ egyeneságbeli rokon (szülő, nagyszülő, dédszülő, illetve a gyermek, unoka, dédunoka */ lineal relative* (*parent, grandparent or great-grandparent or child, grandchild or great-grandchild)*

☐ örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek / *adoptive child, stepchild and foster child*

☐ örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő / *adoptive parent, stepparent and foster parent*

Nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy szolgáltatásra való jogosultság megszűnését 30 napon belül be kell jelentenem a Pénztárnak és a bejelentés elmulasztásából eredő hátrányokért a Pénztár nem vállal felelősséget. */ I declare that the above details are true and correct. I acknowledge that I have to notify the Fund of the termination of my entitlement to the services within 30 days and the Fund does not assume liability for any detriment arising from failure to notify.*

Társkártyát a Ptk. által meghatározott közeli hozzátartozó: a házastárs, az egyenesági rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér, valamint az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. tv. alapján az élettárs számára lehet igényelni. Társkártyára 14. életévét betöltött személy jogosult, díja kártyánként 2 500 Ft. */ You may apply for a supplementary card for close relatives defined in the Civil Code: your spouse, lineal relative, adoptive child, stepchild and foster child, adoptive parent, stepparent and foster parent, and sibling as well as your cohabiting partner under Act XCVI of 1993 on Voluntary Mutual Insurance Funds (the 'Funds Act'). Only a person over the age of 14 is eligible for a supplementary card. A person entitled to the services and specified in Section II may be a supplementary card holder. The fee for the supplementary card is HUF 2,500 per card.*

☐ **Társkártyát kérek a szolgáltatásra jogosult kedvezményezettnek / *I am requesting a supplementary card for the beneficiary entitled to the service***

Társkártya tulajdonos neve (a kártyán feltüntetésre kerülő név, kérjük, nyomtatott nagybetűkkel töltse ki) / ***Supplementary card holder's name*** *(the name to be shown on the card, please complete in block capitals)*

……..

IV. HALÁLESETI KEDVEZMÉNYEZETT MEGJELÖLÉSE/ *DESIGNATION OF DEATH BENEFICIARY* (Amennyiben eltér a törvényes örökös személyétől. / *If other than the lawful heir.)*

1. Kedvezményezett neve / *Name of Beneficiary*: ……

Születési név / *Name at birth*: ……..…..

Levelezési címe (irányítószám, város, utca, házszám) / ***Mailing address*** *(postcode, city, street and street number):* ⌊_⌊_⌊_⌋

……...

Születési idő / *Date of birth*:……..... **Kedvezményezettség %-a / *Percentage share held*** ⌊_⌊_⌋

2. Kedvezményezett neve / *Name of Beneficiary*: ……

Születési név / *Name at birth*: ……..…..

Levelezési címe (irányítószám, város, utca, házszám) / ***Mailing address*** *(postcode, city, street and street number):* ⌊_⌊_⌊_⌋

……...

Születési idő / *Date of birth*:……..... **Kedvezményezettség %-a / *Percentage share held*** ⌊_⌊_⌋

NYILATKOZATOK/*STATEMENTS*

Alulírott kijelentem, hogy megismertem és elfogadom a www.patikapenztar.hu weboldalon található Patika Önkéntes Kölcsönös Egészség- és Önsegélyező Pénztár Alapszabályát, Kártyaszabályzatát, valamint Befektetési szabályzatát, és a Pénztár tagja kívánok lenni. Alulírott egyúttal kijelentem, hogy az Alapszabályt és a vonatkozó szabályzatokat, annak rendelkezéseit magamra nézve kötelezőnek

I, the undersigned, declare that I have become familiar with and accept the Articles of Association, Card Policy and Investment Policy of the Patika Voluntary Mutual Health and Benefit Fund on the website www.patikapenztar.hu and I wish to become a member of the Fund. I, the undersigned, declare, at the same time, that I accept the Articles of Association and the relevant policies and

ismerem el. Kötelezettséget vállalok arra, hogy fizetem a belépési nyilatkozatban megjelölt tagdíjat. Alulírott nyilatkozom, hogy a Pénztár a Pénztártörvényben meghatározott szolgáltatásait a 2.§ (4) a) pontban megjelölt közeli hozzátartozóval és/vagy élettárssal együttesen veszem igénybe.

Elfogadom, hogy a Pénztár Alapszabálya és Kártyaszabályzata alapján a kártya igénylése kötelező. A belépési nyilatkozat aláírásával megbízást adok a patikakártya gyártására.

A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvénynek megfelelően **kijelentem, hogy a pénztárnál a saját nevemben és érdekemben járok el.** Tudomásul veszem, hogy az adataimban bekövetkező változásokat annak bekövetkeztétől számított 5 napon belül bejelentem és a bejelentés elmulasztásából eredő hátrányokért a Pénztár nem vállal felelősséget. Hozzájárulok ahhoz, hogy – személyes adataimat kivéve – a Pénztár adataimat statisztikai céllal feldolgozza. Alulírott kifejezetten hozzájárulok, hogy a Pénztár a mindenkor hatályos adatvédelmi szabályozás, így különösen az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény valamint az Európai Unió Általános Adatvédelmi Rendeletének (GDPR) előírásai szerint a személyes adataimat kezelje. A Pénztár a személyes adatokat a vonatkozó jogszabályi előírások alapján, az irányadó törvényekben szabott őrzési ideig tárolja és kezeli.

recognise their provisions as binding upon myself. I undertake to pay the membership fee indicated in the statement of entry. I, the undersigned, declare that I will use the services of the Fund specified in the Funds Act together with my close relative and/or cohabiting partner indicated in Section 2(4)(a).

I accept that applying for the card is mandatory based on the Statutes and Card Regulations of the Fund. By signing the entry declaration, I give an order for the production of the pharmacy card.

I declare that in accordance with Act LIII of 2017 on the prevention and suppression of money laundering and the financing of terrorism I act on my own behalf and in my own interest in my relationship with the Fund. I acknowledge that I will notify any changes in my details within 5 days of their occurrence and the Fund does not assume liability for any detriment arising from failure to notify. I consent to the processing of my data by the Fund, except for my personal data, for statistical purposes. I, the undersigned, expressly consent to the processing of my personal data by the Fund in accordance with the provisions of the data processing regulations, as in force, in particular, Act CXII of 2011 on informational self-determination and freedom of information and the General Data Protection Regulation of the European Union (G DPR). The Fund stores and processes the personal data on the basis of the applicable legal rules for the retention period prescribed by the governing laws.

☐ Hozzájárulok, hogy Patika Egészségpénztár a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló 2008. évi XLVIII. törvény alapján **e-mailben tájékoztatást küldjön aktuális akcióiról, kedvezményeiről**. / *I consent to the provision of information by the Patika Health Fund about its current promotions and preferential terms by email under Act XLVIII of 2008 on the essential conditions of and certain restrictions on economic advertising activities*

☐ Elérhetőségeim megadásával hozzájárulok, hogy a Pénztár a telefonszámomat és az e-mail-címemet rögzítse, a tagságommal kapcsolatos tájékoztatás kapcsán kezelje, a megadott e-mail címre számomra **hírlevelet** küldjön. Jelen hozzájárulást önkéntesen adom, és az bármikor visszavonható írásban. *(Kérjük, ellenőrizze, hogy az I. pontban megadta-e az e-mail-címét!) / By providing my contact details, I consent to the Fund registering my e-mail address, phone number, processing them for providing information relating to my membership, and sending me newsletters to the e-mail address provided. This consent is given voluntarily and may be withdrawn at any time in writing. (please check your e-mail address given in the I. point)*

☐ A Pénztár honlapján (www.patikapenztar.hu) közzétett Adatkezelési Tájékoztatót megismertem, elolvastam, és az abban foglalt előzetes tájékoztatás alapján a jelen bejelentésben közölt és megváltozott személyes adataim kezeléséhez is hozzájárulásomat adom. / *I have read and understood the Privacy Policy published on the website of the Fund (www.patikapenztar.hu), and based on the preliminary information contained therein, I also give my consent to the processing of my personal data disclosed and changed in this notification.*

Kelt / *Date*: …… Belépő saját kezű aláírása/*The entrant's signature in their own hand:* ……..

A Patika Egészségpénztár záradékolása (A Pénztár tölti ki!)
Alulírott kijelentem, hogy a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben foglaltaknak megfelelően a Belépő személy azonosítása és az azonosításra szolgáló okmány érvényességének idejének ellenőrzése megtörtént. A jelen nyilatkozatban szereplő adatok az azonosító okmányban levő adatokkal megegyeznek.

Verification clause added by the Patika Health Fund (To be completed by the Fund.)
I, the undersigned, declare that in accordance with the provisions of Act LIII of 2017 on the prevention and suppression of money laundering and the financing of terrorism the Entrant has been identified and the period of validity of the identification document has been verified. The details contained in this statement are identical with those contained in the identification document.

Budapest, …….....….
Azonosítást végző személy saját kezű aláírása *Signature of the identifier in their own hand*: ……

A belépési nyilatkozatot a Patika Egészségpénztár az alulírott napon és helyen elfogadta, és ezen záradékkal átadott példányát a tagnak tagsági okiratként megküldte.

The Patika Health Fund accepted the statement of entry at the date and place set forth below and has sent the copy delivered with this clause to the member as their membership document.

Budapest, …..……Aláírás/ *Signature*: …….....……..

USEFUL INFORMATION

IMPORTANT! What you need to take care of when you top up the supplementary card
Your account can be topped up by bank card on our website, by bank transfer, direct debit or incidental deposit to Patikapénztár's bank account managed by CIB Bank (10700024-02400406-51100005). For quick processing, please indicate your name, tax identification number (the '16-digit card number' or '8-digit member ID') in the comments section. Similarly to the direct debit, you can also set a standing order of online bank card deposits on our website, at the same time of a bank card payment.

Please post the statement of entry completed and signed to our address (1022 Budapest, Bimbó út 18., Hungary or 1535 Budapest, Pf. 861, Hungary).

Mandatory attachment
Copy of an official document suitable for identification (personal identity card, driving licence, passport) and a copy of the official address card; please sign these copies.

When will your Patika card be ready?
We will forward our entry package within 30 days of receipt of your entry declaration and entry fee by post, which will contain the passport endorsed entry declaration and all information about the Patika Health Fund and required for using the services.
The figures are indicative and the operating costs are deducted in accordance with the Articles of Association, as in force. The current operating costs can be found on the website of the Patika Fund (www.patikapenztar.hu).