PATIKA EGÉSZSÉGPÉNZTÁR
az Eredeti

SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT BEJELENTŐ ÉS TÁRSKÁRTYAIGÉNYLŐ-LAP

1062 Budapest, Andrássy út 128.
ugyfelszolgalat@patikapenztar.hu
www.patikapenztar.hu
Telefonszám: +36-1-210-9790
Bankszámlaszám: 10700024-02400406-51100005

PEP2026/04/T/02

A megjelölt közeli hozzátartozó (házastárs, egyenesági rokon, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek, örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülő és testvér) vagy élettárs társkártyával vagy számla ellenében igénybe veheti a pénztári szolgáltatásokat az Ön számlájához kapcsolódóan. A társkártya díja 2500 Ft, amit automatikusan levonunk az egyenlegéből az igénylés beérkezését követően. Ennek fedezetéhez 2660 Ft-ot kell befizetni figyelembe véve a működési költséget.

A Pénztártagra vonatkozó adatok (Az adatokat kérjük, nyomtatott nagybetűkkel töltse ki!)

Név: ……..……..……..

Tagkód ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ **Adóazonosító jele**: ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Kérjük, jelölje be a szolgáltatásra jogosultat érintő rendelkezés típusát

◯ szolgáltatásra jogosult megadása ◯ szolgáltatásra jogosult adatainak módosítása ◯ szolgáltatásra jogosult visszavonása (a kapcsolódó társkártya egyidejű letiltásával) ◯ szolgáltatásra jogosult társkártyájának végleges törlése

Név: ……..……..……..

Születési név: .....……..……..……..

Anyja leánykori neve: .....……..……..

Születési hely, idő: ……..……..……, ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ **Személyi igazolvány szám:** ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Adóazonosító jele: ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ **TAJ szám**: ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Állandó lakcím (irányítószám, város, utca, házszám): ⌊_⌊_⌊_⌋ ……..……..……..

☐ Kérek társkártyát a szolgáltatásra jogosult számára (a kedvezményezett elmúlt 14 éves) ☐ Kérem a társkártya végleges törlését

A szolgáltatásra jogosult rokonsági kapcsolata *(kérjük, jelölje be a megfelelőt)*

◯ házastárs, élettárs ◯ egyenesági rokon *(szülő, nagyszülő, dédszülő, illetve a gyermek, unoka, dédunoka)*

◯ örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő ◯ örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek ◯ testvér

---

További szolgáltatásra jogosultat érintő rendelkezés

◯ szolgáltatásra jogosult megadása ◯ szolgáltatásra jogosult adatainak módosítása ◯ szolgáltatásra jogosult visszavonása (a kapcsolódó társkártya egyidejű letiltásával) ◯ szolgáltatásra jogosult társkártyájának végleges törlése

Név: ……..……..……..

Születési név: .....……..……..……..

Anyja leánykori neve: ……..……..

Születési hely, idő: ……..……..……, ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ **Személyi igazolvány szám:** ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Adóazonosító jele: ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ **TAJ szám**: ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Állandó lakcím (irányítószám, város, utca, házszám): ⌊_⌊_⌊_⌋ ……..……..……..

☐ Kérek társkártyát a szolgáltatásra jogosult számára (a kedvezményezett elmúlt 14 éves) ☐ Kérem a társkártya végleges törlését

A szolgáltatásra jogosult rokonsági kapcsolata *(kérjük, jelölje be a megfelelőt)*

◯ házastárs, élettárs ◯ egyenesági rokon *(szülő, nagyszülő, dédszülő, illetve a gyermek, unoka, dédunoka)*

◯ örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő ◯ örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek ◯ testvér

---

További szolgáltatásra jogosultat érintő rendelkezés

◯ szolgáltatásra jogosult megadása ◯ szolgáltatásra jogosult adatainak módosítása ◯ szolgáltatásra jogosult visszavonása (a kapcsolódó társkártya egyidejű letiltásával) ◯ szolgáltatásra jogosult társkártyájának végleges törlése

Név: ……..……..……..

Születési név: .....……..…… ……..……..

Anyja leánykori neve: ……..……..

Születési hely, idő: ……..……..……, ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ **Személyi igazolvány szám:** ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Adóazonosító jele: ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ **TAJ szám**: ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Állandó lakcím (irányítószám, város, utca, házszám): ⌊_⌊_⌊_⌋ ……..……..……..

☐ Kérek társkártyát a szolgáltatásra jogosult számára (a kedvezményezett elmúlt 14 éves) ☐ Kérem a társkártya végleges törlését

A szolgáltatásra jogosult rokonsági kapcsolata *(kérjük, jelölje be a megfelelőt)*

◯ házastárs, élettárs ◯ egyenesági rokon *(szülő, nagyszülő, dédszülő, illetve a gyermek, unoka, dédunoka)*

◯ örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő ◯ örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek ◯ testvér

Nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: ……, 20…….. hó ……. –n

……
Pénztártag aláírása

Az aláírt nyilatkozatot feltöltheti a NetPénztár „Kedvezményezettjeim” menüpontjában, elküldheti postán a 1399 Budapest, Pf. 688. címre vagy e-mailben legalább fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátva az ugyfelszolgalat@patikapenztar.hu címre.