

Társkártya megrendelés szolgáltatásra jogosult bejelentéssel

A Pénztárg tag azonosító adatai			
név:		tagsági azonosító:	
adóazonosító:	<input type="text"/>	születési dátum:	<input type="text"/>
e-mail cím:			
Társkártya rendelés csak bejelentett hozzátartozó részére lehetséges, melynek díja 1 300 Ft, érvényessége a kártya kibocsátástól számított 3 év.			
Szolgáltatásra jogosult adatai: (A hozzátartozói jellegnél a megfelelőt kérjük megjelölni!)			
1. név:		születési hely:	
anyja születési neve:		születési dátum:	<input type="text"/>
adóazonosító:	<input type="text"/>		
hozzátartozói jelleg:	<input type="checkbox"/> házastárs	<input type="checkbox"/> testvér	<input type="checkbox"/> gyermek (örökbefogadott, mostoha, nevelt)
	<input type="checkbox"/> élettárs	<input type="checkbox"/> egyenes ágbeli rokon (pl. nagyszülő, unoka)	<input type="checkbox"/> szülő (örökbefogadó, mostoha, nevelő)
kártyán szereplő név (max. 24 karakter):	<input type="text"/>		
állandó lakcím:	<input type="text"/>		
levelezési cím:	<input type="text"/>		
2. név:		születési hely:	
anyja születési neve:		születési dátum:	<input type="text"/>
adóazonosító:	<input type="text"/>		
hozzátartozói jelleg:	<input type="checkbox"/> házastárs	<input type="checkbox"/> testvér	<input type="checkbox"/> gyermek (örökbefogadott, mostoha, nevelt)
	<input type="checkbox"/> élettárs	<input type="checkbox"/> egyenes ágbeli rokon (pl. nagyszülő, unoka)	<input type="checkbox"/> szülő (örökbefogadó, mostoha, nevelő)
kártyán szereplő név (max. 24 karakter):	<input type="text"/>		
állandó lakcím:	<input type="text"/>		
levelezési cím:	<input type="text"/>		

Társkártya rendelése esetén alulírott kijelentem, hogy a Pénztár Kártyaszabályzatát megismertem és a Kártyaszabályzatban foglaltakat magamra nézve kötelezőnek fogadom el.

Tudomásul veszem, hogy a megrendelt társkártya díja az egyéni egészség számlán zárolásra és levonásra kerül.

Tudomásom van arról, hogy a társkártya kibocsátásának a feltétele érvényes és aktív főkártya megléte, ennek hiányában a Pénztár jelen kérelmemet nem teljesíti. Kijelentem, hogy az egyéni egészség számlán a megfelelő fedezetet biztosítom, tudomásom van arról, hogy ellenkező esetben a kártya igénylése késedelmet szenvedhet.

Alulírott kijelentem, hogy teljes körű felelősséget vállalok az általam közölt adatok, és a fentiek szerint – az Öpt. 2.§ (4) bekezdés a) pontjában foglalt – közeli hozzátartozói viszony valódiságáért és fennállásáért.

Kelt: _____

Pénztárg aláírása