



EGÉSZSÉ GKÁRTYA IGÉNYLŐ LAP

* Kitöltése kötelező!

Pénztártag adatai

| | |
|-------------------------|------------------------------|
| Pénztártag neve*: | pénztári tagszám*: _ _ _ _ _ |
| Telefonszám: | Mobil: e-mail: |

Ezúton megrendelem az ERŐ Egészségpénztár egészségkártyáját.

Saját részre:

(A Pénztár minden tagjának belépés után az első Egészségkártyáját ingyen biztosítja.)

Kedvezményezett részére:

(A pénztártag által korábban a Pénztár részére megjelölt azon közeli hozzátartozó, akik egyéni számlája terhére szolgáltatás igénybevételére jogosult.)

Kedvezményezett adatai

| | |
|----------------------------|-----------------------------|
| 1.) Név: | hozzátartozó jellege: |
| Születési dátum: _ _ _ _ _ | Születés helye: |
| 2.) Név: | hozzátartozó jellege: |
| Születési dátum: _ _ _ _ _ | Születés helye: |
| 3.) Név: | hozzátartozó jellege: |
| Születési dátum: _ _ _ _ _ | Születés helye: |

Kártya kiküldés címe

| | | |
|----------------|-----------------------|------------|
| Név: | utca: | hsz: |
| helység: | Irányítószám: _ _ _ _ | |

Kijelentem, hogy az ERŐ Egészségpénztár által részemre biztosított egészségkártyát a Pénztár Szolgáltatási Szabályzatában foglalt szolgáltatások igénybevételéhez fogom kizárólag felhasználni, és ennek megfelelően tájékoztatom közeli hozzátartozó kedvezményezetteimet.

Az igénylőlap aláírásával hozzájárulok, hogy az egészségkártya elkészítéséhez és használatához szükséges adatokat a Pénztár a személyes adatok védelméről szóló törvény előírásainak megfelelően kezelje, feldolgozza.

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek, az adataimban bekövetkező változásokról az ERŐ Egészségpénztárt írásban értesítem.

Aláírásommal hozzájárulok, hogy az egészségkártya díját, 500 Ft-ot a Pénztár egyéni egészség számlámról levonja.

Kelt,, 200.. év. hó napján

Pénztártag aláírása