

**TAGSÁGGAL KAPCSOLATOS  
VÁLTOZÁSBEJELENTŐ /  
MEMBERSHIP RELATED CHANGES  
NOTIFICATION SHEET**

1022 Budapest, Bimbó út 18.  
[ugyfelszolgalat@patikapenztar.hu](mailto:ugyfelszolgalat@patikapenztar.hu)  
[www.patikapenztar.hu](http://www.patikapenztar.hu)  
Phone: +36-1-210-9790  
Bank account: 10700024-02400406-  
51100005  
PEP2022/07/T/01/ENG

Pénztártag neve/*Fund member's name*: .....

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

Kártyaszáma/*Card No*: \_ \_ \_ \_ \_

Adóazonosító jele/*Tax identification No* \_ \_ \_ \_ \_

A fenti adatok megadása kötelező! *Providing the above information is mandatory!*

Kérjük, az adatokat nyomtatott nagybetűvel töltsé ki! *Please complete in block capitals.*

(A változtatandó adatokat a táblázat első oszlopában kérjük X-szel jelölni/*Please mark the details to be changed with an 'X' in the first column of the table.*)

X	Tagdíjra vonatkozó rendelkezések/ <i>Membership fee related provisions</i>	Régi/ <i>Old</i>	Új/ <i>New</i>
	Az egyénileg vállalt havi tagdíj összege/ <i>Amount of monthly membership fee individually agreed to be paid</i>		
	Tagdíjfizetés gyakorisága (havi, előre negyedéves, féléves, éves) <i>Frequency of membership fee payment (Monthly, in advance quarterly, biannual, annual)</i>		
	Tagdíjfizetés módja/ <i>Method of membership fee payment</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Csoportos beszedési megbízás (kérjük, adja meg a bankszámlaszámát) <i>Direct debit order (you must enter a bank account number)</i></li> <li>Banki utalás, bankkártyával vagy állandó banki átutalási megbízással/<i>Bank transfer with a bank card or standing bank transfer order.</i></li> <li>Postai utalvány/<i>Postal order</i></li> </ul>		

Társkártya tulajdonos visszavonása/ <i>Cancellation of supplementary card holder</i>	Név/ <i>Name</i>	Születési idő/ <i>Date of birth</i>
1. Megszüntetendő társkártya tulajdonos/ <i>Supplementary card holder 1 to be cancelled</i>		
2. Megszüntetendő társkártya tulajdonos/ <i>Supplementary card holder 2 to be cancelled</i>		

Szolgáltatásra jogosult kedvezményezett visszavonása*/ <i>Cancellation of service beneficiary</i>	Név/ <i>Name</i>	Születési idő/ <i>Date of birth</i>
1. Szolgáltatásra jogosult/ <i>Service beneficiary 1</i>		
2. Szolgáltatásra jogosult/ <i>Service beneficiary 2</i>		

\*Visszavonást követően a lent megjelölt kedvezményezett nevére szóló készpénzfizetési számla nem elszámolható/*After cancellation, the cash payment invoice issued to the name of the beneficiary indicated below is not eligible.*

Kelt/*Date*: .....

Pénztártag aláírása/*Fund member's signature*: .....

! A nyilatkozatot postán a 1535 Budapest, Pf.: 861 címre vagy AVDH hitelesítéssel az [ugyfelszolgalat@patikapenztar.hu](mailto:ugyfelszolgalat@patikapenztar.hu) e-mail címre küldje vissza./The declaration should be sent by post to H-1535 Budapest, Pf.: 861 or send it to [ugyfelszolgalat@patikapenztar.hu](mailto:ugyfelszolgalat@patikapenztar.hu) with AVDH (Identification Based Document Authentication) authentication.