

Zárolási kérelem

Alulírott (pénztártag neve) hozzájárulok ahhoz, hogy a ReplantMed Kft. (székhely: 1119 Budapest, Nándorfejérvári út 35. cégjegyzékszám:01-09-176034 adószáma: 24662064-2-43) az alábbi adatok alapján az (egészségpénztár neve) egészségpénztárnál vezetett számlámon zárolást végezzen.

Pénztártag

- Neve:.....
- Születési helye és ideje:.....
- Édesanyja neve:
- Telefonszáma:.....
- Tagazonosítója:.....
- Kártyaszáma:
- Összeg:

Szolgáltató

- Azonosítója:
- Telefonszáma: (36-1) 374-9080
- Fax száma: (36-1) 269-3274

.....

Pénztártag aláírása

.....

ReplantMed Kft.

Kelt: