

EP 002 E ADATKÖZLŐ ADATLAP

Adatközlő adatlap a 2017. évi LIII. (Pmt.) 7.§-ában előírt kötelezettség végrehajtásához

Azonosítási adatok

Az új Pmt. törvény alapján elvégezhető egyszerűsített azonosítást jelen ADATKÖZLŐ ADATLAPON is teljesítheti! Kérjük, amennyiben az adatok a későbbiekben megváltoznak, a megváltozott adatokat a pénztárnak 5 munkanapon belül jelentse be! A bejelentés elmulasztásából eredő károkért a pénztár nem tartozik felelősséggel.

Természetes személy adatai (A *-al jelölt mezők kitöltése kötelező. Kérjük, NYOMTATOTT BETŰKKEL töltsse ki!)

Pénztártag neve*: _____

Tagi azonosító*: _____

Adóazonosító jel*: _____

Születési hely*: _____

Születési dátum*: _____

Születési név*: _____

Anyja neve*: _____

Állampolgárság*: magyar egyéb: _____

Állandó lakcím*: Irányítószám: _____ Település: _____

Közterület: _____

Közterület jellege: _____ Házszám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ Emelet: _____ Ajtó: _____

Személyi igazolvány/útleveél/jogosítvány típusa*: Útleveél

Régi típusú személyi igazolvány

Személyi igazolvány

Vezetői engedély

Személyazonosságot igazoló hatósági igazolvány

Személyazonosító okmány száma*: _____

Személyazonosító okmány érvényessége*:

Kérjük, feltétlenül adja meg! 

Lakcímkártya száma*: _____

További adatok

Bankszámlaszám: _____

Levelezési cím*: Irányítószám: _____ Település: _____

Közterület: _____

Közterület jellege: _____ Házszám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ Emelet: _____ Ajtó: _____

E-mail: _____

Mobilszám: _____

EH01 Elérhetőségeim megadásával hozzájárulok ahhoz, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár elektronikus levelezési címet és/vagy telefonszámomat a hozzájárulás visszavonásáig nyilvántartásában rögzítse, a Pénztárral és a tagságommal összefüggő ügyekben történő tájékoztatás céljából kezelje, pénztári hírleveleket, visszaigazolásokat, értesítőket juttasson el részemre. Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatom önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem. Jelen hozzájáruló nyilatkozat bármikor visszavonható a pénztárhoz postai úton (1426 Budapest, Pf. 512) vagy a kapcsolat@premiumpenztarak.hu e-mail címre küldött levél útján.

Hozzájárulok, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár a megadott elektronikus levelezési címet és/ vagy telefonszámomat közvetlen üzletszerzés céljából, a hozzájárulásom visszavonásáig kezelje, és a részemre elektronikus levelezés útján gazdasági reklámot küldjön, továbbá a megadott elérhetőségeimen üzletszerzési céllal megkeressen. Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatom önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem. Jelen hozzájáruló nyilatkozat bármikor visszavonható a pénztárhoz postai úton (1426 Budapest, Pf. 512) vagy a kapcsolat@premiumpenztarak.hu e-mail címre küldött levél útján.

Aláírás

Kelt: _____

Pénztártag saját kezű aláírása

Dátum: _____