



KÉRELEM

AZ IGÉNYBE VETT/MEGVÁSÁROLT

ADÓKÖTELES

SZOLGÁLTATÁS, TERMÉK ÉRTÉKÉNEK VISSZAFIZETÉSÉHEZ



A kérelmező pénztárhoz adatai (Az adatok megadása kötelező!)

Név

Kártyaszám

Személyi igazolvány szám

Telefonszám

E-mail cím

Ezúton kérem a lenti adatokkal megadott újpilléres kártyás vásárlás sztornózását és a lent megjelölt módon visszafizetett összeg visszavezetését az **Új Pillér egészségpénztári** folyószámlámra.

Vásárlás adatai:

Szolgáltató megnevezése	Kártyaterhelés dátuma (év/hó/nap)	Kártyaterhelés teljes összege (Ft)	Ebből adóköteles összeg (Ft)	Visszafizetett összeg (Ft)

Visszafizetés módja (kérjük megjelölni):

- Banki átutalás (CIB 10700024-43040607-51100005), az utalás napja:
- CIB Bankban történő készpénzbefizetés a pénztár számlájára (CIB 10700024-43040607-51100005)

Kelt: , év hó -n

.....
Pénztárhoz aláírása

FONTOS: kérjük utaláskor a megjegyzés rovatban tüntesse fel adóazonosító jelét valamint az SZJA kifejezést.

Felmerülő kérdés esetén tájékozódhat a pénztár honlapján (www.ujpiller.hu) az Online ügyintézés menüpontban, vagy hívhatja telefonos ügyfélszolgálatunkat a 06 40 200 203-as telefonszámon munkanapokon 8⁰⁰ – 22⁰⁰ között.

Visszaküldendő: e-mailen (ugyfelszolgalat@ujpiller.hu) faxon (+36 1 210 9778),
postai úton az Új Pillér Egészségpénztár címére (levelezési cím: 1535 Budapest Pf.: 861.).