

! A nyilatkozatot postán a 1399 Budapest, Pf. 688. címre vagy legalább fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátva a szolgaltato@ujpiller.hu e-mail címre küldje vissza.

Alulírott egészségügyi szolgáltató csatlakozni kívánok az Új Pillér Egészségpénztár kártyaelfogadói hálózatához, kérem, az alábbi adatok alapján küldjenek részemre szerződést.

Egészségügyi Szolgáltató neve:

.....

Tevékenységi kör:

☐ Gyógyszertár

☐ Természetgyógyász

☐ Optika

☐ Sporteszközök

☐ Gyógyászati segédeszköz

☐ Egészségügyi ellátás

☐ Fogorvos

Egyéb:.....

A céget képviselő személy neve:

Cím (irányítószám, város, utca, házsám):

.....

Telefonszám: +36

Fax +36

E-mail-cím:

Bankkártya-elfogadó terminállal (POS) rendelkezem:

☐ Igen

A telepítő bank neve:

POS/TID azonosító szám:

☐ Nem

Kelt: év hó nap

.....
cégszerű aláírás