

# KÉRELEM

AZ IGÉNYBE VETT/MEGVÁSÁROLT

## ADÓKÖTELES

SZOLGÁLTATÁS, TERMÉK ÉRTÉKÉNEK VISSZAFIZETÉSÉHEZ



### A kérelmező pénztárgaz adatai (Az adatok megadása kötelező!)

Név

Kártyaszám

Személyi igazolvány szám

Telefonszám

E-mail cím

Ezúton kérem a lenti adatokkal megadott patikakártyás vásárlás sztornózását és a lent megjelölt módon visszafizetett összeg visszavezetését a **Patika 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 10700024-02400406-51100005), az utalás napja: .....
- CIB Bankban történő készpénzbefizetés a pénztár számlájára (10700024-02400406-51100005)

Kelt: ..... ,  év ..... hó  -n

.....  
Pénztárgaz aláírása

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

Felmerülő kérdés esetén tájékozódhat a pénztár honlapján ([www.patikapenztar.hu](http://www.patikapenztar.hu)) az Online ügyintézés menüpontban, vagy hívhatja telefonos ügyfélszolgálatunkat a hét első munkanapján 8:00 – 20:00 óra között, egyéb munkanapokon 8:00 – 18:00 óra között a 06-1-210-9790-es telefonszámon

**Visszaküldendő:** e-mailen ([ugyfelszolgalat@patikapenztar.hu](mailto:ugyfelszolgalat@patikapenztar.hu)), faxon (+36 1 210 9778),  
postai úton a Patikapénztár címére (levelezési cím: 1535 Budapest Pf.: 861.).