PATIKA EGÉSZSÉGPÉNZTÁR
...az Igazi

RENDELKEZŐ NYILATKOZAT
ELSZÁMOLÁSRA BEKÜLDÖTT SZÁMLÁRÓL

1022 Budapest, Bimbó út 18.
ugyfelszolgalat@patikapenztar.hu
www.patikapenztar.hu
Telefonszám: +36-1-210-9790
Bankszámlaszám: 10700024-02400406-51100005

PEP2023/09/T/03

! A nyilatkozatot postán a 1535 Budapest, Pf.: 861 címre küldje vissza vagy AVDH hitelesítéssel az egyeniszamla@patikapenztar.hu e-mail címre.

Pénztártag neve: ……..…….

Kártyaszáma: ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊ **Adóazonosító jele:** ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊

Telefonszáma: +36 ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊ **E-mail címe:** …….…….……...

A csatolt ……. db számla elszámolását követően azok ellenértékét az alábbi számlaszámomra kérem átutalni:

Számlaszám: ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊ - ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊ - ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊

☐ Kijelentem, hogy a fenti bankszámlaszám minden jövőben beküldött számlára visszavonásig érvényes. *(Jelölje x-szel, amennyiben érvényesíteni szeretné annak érdekében, hogy a későbbiekben rendelkező nyilatkozat nélkül is módjában álljon számlát elszámolni)*

Tudomásul veszem, hogy a Pénztár csak a tárgyévben vagy az azt megelőző évben kiállított számlákat számolja el, amennyiben az egészségpénztári számlán rendelkezésre áll a szükséges fedezet. Egészségszámláját feltöltheti bankkártyával a www.patikapenztar.hu oldalon.

Amennyiben a beküldött számla adóköteles szolgáltatást tartalmaz, az alábbiak szerint rendelkezem *(Jelölje x-szel a megfelelőt)*

◯ Nem kérem azon számla ellenértékének vagy a számla azon tételeinek kifizetését, amely szja-köteles szolgáltatást tartalmaz.

◯ Kérem az szja-köteles szolgáltatások ellenértékének kifizetését, egyúttal tudomásul veszem, hogy annak szja-kötelezettsége (15%), mint magánszemélyt, engem terhel. (Szja tv. 28.§ (1))

☐ Kijelentem, hogy az adóköteles szolgáltatás vonatkozására tett fenti kijelentésem minden jövőben beküldött számlára visszavonásig érvényes. *(Jelölje x-szel, amennyiben érvényesíteni szeretné)*

NYILATKOZAT

1. A számla (számlák) / bizonylat (bizonylatok) a Pénztár részére történő eljuttatásával igazolom a számlán szereplő termék megvásárlását / a szolgáltatás igénybe vételét. Minden egyes a Pénztár részére megküldött iraton azonosíthatóan, ellenőrzésre alkalmas módon szerepel a számla kiállítója és a számla azonosítója.
2. A vevő rovatban feltüntetett személy én vagyok, mint a pénztár tagja vagy a pénztári nyilvántartásban szereplő szolgáltatásra jogosult kedvezményezettem.
3. Elektronikusan beküldött számla esetében kifejezetten kijelentem, hogy az e-mailben küldött számlaképet én csatoltam és az a birtokomban lévő eredeti, szabályosan kibocsátott számlával mindenben megegyezik. Egyben tudomásul veszem, hogy az elszámolásra benyújtott számla eredeti példányát 8 évig kell megőrizni és amennyiben a Pénztár kéri, 8 napon belül rendelkezésre bocsátom.
4. A Pénztár honlapján lévő Adatkezelési tájékoztatót elolvastam, és az abban foglaltakat tudomásul vettem.

Kelt: ……., …… év……..hó …… nap

……..
Pénztártag aláírása

FIGYELEM!

1. A csatolt számlán a vevő rovatban a következőket kell feltüntetni: Vevő: Patika Egészségpénztár, Címe: 1022 Budapest, Bimbó út 18., adószáma: 18238949-1-41, valamint a szolgáltatást igénybe vevő Pénztártag vagy a pénztár nyilvántartásában is szereplő, a pénztártag által megnevezett szolgáltatásra jogosult kedvezményezett neve és a pénztártag 16 jegyű kártyaszáma vagy 8 számjegyű tagi azonosítója. Az alaki követelményeknek nem megfelelő számla elszámolását a pénztár megtagadja.
2. Amennyiben a számlán szereplő igénybe vevő és/vagy a társkártya-tulajdonos a pénztárnál nincs szolgáltatásra jogosultként bejelentve, kérjük pótolja a Szolgáltatásra jogosult bejelentő lapon!
3. A beküldött számlán szereplő termékek, szolgáltatások a mindenkor hatályos Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. Törvényben leírtaknak megfelelően kerülnek elszámolásra.