

KÉRELEM MULTI-PAY® KÁRTYA MEGSZÜNTETÉSÉRE

A KÁRTYABIRTOKOS ADATAI *(Kérjük, nyomtatott nagybetűkkel töltsse ki!)*

Név: Kártyaszám: Születési hely: Idő: Adóazonosító jel: Levelezési cím: Telefonszám:

E-mail cím:

Ezúton kérem Multi-Pay® kártyám megszüntetését.

Nyilatkozom, hogy kártyám megszüntetésével az egyenlege(ke)n rendelkezésre álló összeg(ek) további felhasználásáról lemondok.

Tudomásul veszem, hogy aktív Patika vagy Új Pillér egészségpénztári tagság fennállása esetén a Multi-Pay® kártya nem szüntethető meg, amennyiben az egészségpénztári tagsághoz tartozó egyenlegem a Multi-Pay® kártyán kerül kezelésre.

Kelt: Kártyabirtokos aláírása: