

## KÉRELEM MULTI-PAY® KÁRTYA MEGSZÜNTETÉSÉRE

### A KÁRTYABIRTOKOS ADATAI *(Kérjük, nyomtatott nagybetűkkel töltsé 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: .....