

**SZÁMLAÖSSZESÍTŐ**

Pénztártag neve:			
Adóazonosító jel:	<input type="text"/>	Kártyaszám utolsó 7 számjegye	<input type="text"/>
Születési hely:	Születési idő: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Levelezési cím:			
Bankszámlaszám:	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Telefonszám	06 - <input type="text"/> <input type="text"/>	E-mail cím:	<input type="text"/>

Kérem, az egyéni számlán terhére a csatolt számlák összegét a fent megadott bankszámlaszámra átutalni szíveskedjenek.

**Amennyiben a fent megadott bankszámlaszám eltér az Ön által korábban megadott bankszámlaszámtól csak abban az esetben tudjuk módosítani, ha az azonosító részt hiánytalanul kitölti és a nyomtatványt aláírja!**

Sorszám	Készpénz fizetési számla sorszáma	Összeg
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
<b>Összesen</b>		

A csatolt számlán a vevő rovatban a következőket kell feltüntetni:

**Vevő: TEMPO Egészségpénztár**

**Címe: 1025 Budapest, Nagybányai út 92.**

**A Pénztártag neve és egészségpénztári-kártya szám utolsó hét számjegye.**

Kijelentem, hogy az általam beküldött számla(k) a fenti alaki követelményeknek megfelel(nek).

Dátum: ....., 201... év ..... hó .....-n

.....  
Pénztártag aláírása

**Visszaküldendő:**

TEMPO Egészségpénztár

Székhely: 1025 Budapest, Nagybányai út 92.

Levelezési cím: 1538 Budapest, Pf.: 550.

Kérjük, ne felejtse el, hogy orvosi javaslat szükséges látás- és hallásjavító eszközök (szemüveg, kontaktlencse, hallókészülék és kiegészítők) valamint otthoni gondozás igénybevételekor. Orvosi javaslat helyett működési engedéllyel rendelkező szakképzett optometrista javaslata is elfogadható.

Kérjük, ne felejtse el, hogy amennyiben nem az Ön nevére szól a számla, a számlán szereplő meg legyen jelölve szolgáltatásra jogosultnak.

Kérjük, ne felejtse el, hogy a számlán szereplő termék/szolgáltatás besorolási száma fel legyen tüntetve a számlán.