

ADATLAP

MBH Gondoskodás Egészség- és Önsegélyező pénztár

Szolgáltatói adatbázis frissítéshez - Cégnév és telephely változás esetén

Cégnév (vagy egyéni vállalkozó neve) :	
Vállalkozás székhelye: (cégbírószági bejegyzésben/ vállalkozói igazolványban szereplő)	ir. sz.: ____ település: utca:
Levelezési cím: ir. sz.: ____ település: utca:	
Képviselő, beosztása:	
Pénztári kapcsolattartó neve: (belső használatra - pénztári ügyintézés ügyében)	
Telefonszám és Fax szám: (belső használatra - pénztári ügyintézés ügyében)	
E-mail cím: (belső használatra - pénztári ügyintézés ügyében)	
*Bankszámlaszám : _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _	
Adószám: _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _	
Cégjegyzékszám, nyilvántartási szám:	

Telephely adatok (1 telephelynél több esetén, kérjük több példányban kitöltve benyújtani!):	
Szolgáltatási hely neve (fantázianév): (ahogy a nyilvános adatbázisban megjelenjen)	
A hely működési engedély / ÁNTSZ engedély száma:	
*Bankszámlaszám : _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _	
Szolgáltatás telephelye (több telephely esetén lásd 2. sz. mellékletet): ir. sz.: ____ település: utca: Megye:	
Egészségpénztári szolgáltatás fajtája:	
Kedvezmény:	
Pénztári kapcsolattartó neve:	
Nyitvatartás: H: - K: - SZe: - CS: - P: - SZo: - V: -	
Telefonszám (a nyilvános adatbázisban megjelenő):	
Honlapcím: (a nyilvános adatbázisban megjelenő)	
E-mail: (a nyilvános adatbázisban megjelenő)	

Egészségkártya elfogadás (lásd a mindenkori Szolgáltatói szerződés 7. pontja alapján):	
☐ igen, POS terminálon keresztül POS terminál(ok) azonosítója: Terminált kihelyező bank(ok):	
☐ igen, telefonos engedélyeztetéssel ☐ igen, internetes engedélyeztetéssel	
☐ nem	

***Bankszámlaszám változás esetén:** Kérjük a nyomtatványt cégszerű aláírással ellátva eredeti példányban Pénztárunkba elküldeni (e-mailen és faxon a befogadás nem lehetséges), valamint a bankszámlaszámra vonatkozó szerződésük másolati példányát vagy a bankszámlakivonatuk fejlécének másolatát csatolni szíveskedjenek.

Szolgáltató aláírása