

## Szolgáltató jelölő nyilatkozat pénztártagok részére (AHEOP-18)

Alulírott \_\_\_\_\_ kérem az Allianz Hungária Egészség- és Önszegélyező Pénztárt, hogy a téríthető termékek és szolgáltatások zavartalan igénybevétele érdekében az általam megjelölt egészségügyi szolgáltatóval szolgáltatási szerződést szíveskedjen kötni.

<b>PÉNZTÁRTAG ADATAI</b>	
Név: _____	Tagsági azonosító szám, vagy adóazonosító jel: _____
Lakcím: _____	
Telefonszám: _____ E-mail cím: _____@_____	

  

<b>ORVOSI VAGY EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ ADATAI</b>	<b>ORVOSI VAGY EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ ADATAI</b>
Név: _____	Név: _____
Cím: _____	Cím: _____
Adószám: _____	Adószám: _____
<b>ORVOSI VAGY EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ ÁLTAL NYÚJTOTT SZOLGÁLTATÁS MEGNEVEZÉSE</b>	<b>ORVOSI VAGY EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ ÁLTAL NYÚJTOTT SZOLGÁLTATÁS MEGNEVEZÉSE</b>
<input type="checkbox"/> Járóbeteg-ellátás (pl. szűrővizsgálat, nőgyógyászat, szemészeti ellátás stb.)	<input type="checkbox"/> Járóbeteg-ellátás (pl. szűrővizsgálat, nőgyógyászat, szemészeti ellátás stb.)
<input type="checkbox"/> Fogorvosi járóbeteg-ellátás	<input type="checkbox"/> Fogorvosi járóbeteg-ellátás
<input type="checkbox"/> Egyéb humán-egészségügyi ellátás (pl. fizioterápia, gyógymasszázs, gyógytorna stb.)	<input type="checkbox"/> Egyéb humán-egészségügyi ellátás (pl. fizioterápia, gyógymasszázs, gyógytorna stb.)
<input type="checkbox"/> Gyógyászati termék kiskereskedelem (pl. optika)	<input type="checkbox"/> Gyógyászati termék kiskereskedelem (pl. optika)
<input type="checkbox"/> Egyéb szolgáltatás	<input type="checkbox"/> Egyéb szolgáltatás

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_  
Pénztártag aláírása