

Érkeztető bélyegző helye

**CT\_03 IGÉNYLŐLAP (Célzott támogatáshoz)**

 (Kézi kitöltés esetén kérjük **nyomatott nagybetűkkel** kitölteni)

**1. A PÉNZTÁRTAG ADATAI**

Név (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek)													Pénztári azonosító				
Születési hely					Születési dátum					Adóazonosító jel							
					év		hó		nap								
Keresőképtelenség időtartama (melyre a támogatást igénylem)																	
				év			hó		naptól					év			napig
Jelen CT_03 Igénylőlap kitöltésével és aláírásával igazolom, hogy a Vitamin Egészség- és Önszegélyező Pénztárnál tag vagyok, a Pénztárnál a 2017. évi LIII. törvény (Pmt.) előírásai szerinti átvilágítási kötelezettségnek eleget tettem, a mai napon nincs tagdíjhátralékom. Kijelentem, hogy a mellékelt igazolást/igazolásokat munkáltatóm bocsátotta rendelkezésemre. A Vitamin Egészség- és Önszegélyező Pénztár Személyes adatkezelési és adatvédelmi szabályzata ismeretében hozzájárulok, hogy a Pénztár a jelen szolgáltatás igénybevételével összefüggésben adataimat megismerhesse és kezelhesse. Kijelentem, hogy a Pénztár honlapján a következő linken elérhető adatkezelési tájékoztatót megismertem és elfogadom. <a href="https://www.vitaminep.hu/main/public/qdpr">https://www.vitaminep.hu/main/public/qdpr</a>																	

Keltezés										Pénztártag saját kezű aláírása									
																	Település		
				év			hó		nap										

**2. ZÁRADÉK**

A Vitamin Egészségpénztár az igénylést elfogadja.										ALÁÍRÁS(OK)						
Keltezés																
				év			hó		nap							