

## Zárolási kérelem (Card Consulting)

---

Alulírott ..... (pénztártag neve) hozzájárulok ahhoz, hogy a Praxis Center Kft. (székhely: 1012 Logodi u. 72.; cégjegyzékszám: 01-09-378464; adószám: 13150954-2-41) az alábbi adatok alapján ..... (egészségpénztár neve) egészségpénztárnál vezetett számlámon zárolást végezzon.

### Pénztártag

- Neve: .....
- Születési helye és ideje: .....
- Édesanyja neve: .....
- Telefonszáma: .....
- Tagazonosítója: .....
- Kártyaszáma: .....
- Összeg: .....

### Szolgáltató

- Azonosítója: .....
- Telefonszáma: (06 30) 311-2519

.....  
**Pénztártag aláírása**

.....  
**Praxis Center Kft.**

Kelt: