SZOLGÁLTATÓI NYILATKOZAT

A VIRTUÁLIS POS RENDSZER HASZNÁLATÁVAL TÖRTÉNŐ PATIKAKÁRTYA / ÚJ PILLÉR KÁRTYA ELFOGADÁSÁRÓL

Patikapénztári szolgáltató megnevezése	
Szolgáltatás helye (cím)	
Kapcsolattartó neve	
Telefon / Fax	

Alulírott szolgáltató ezúton nyilatkozom, hogy 20….. év ……..hónap …….napjától a patikakártya elfogadásához a virtuális POS rendszerét használom a köztünk érvényben levő szerződés „Patikakártya elszámolási és elfogadási rend a virtuális POS rendszerének használatával engedélyezett tranzakciókra vonatkozóan” című 1. számú melléklet rendelkezései, valamint a használati útmutató szerint.

Nyilatkozatom írásban történő visszavonásig érvényes.

Kérjük, az Ön által nyújtott tevékenységek megjelölését!

- ❑ Gyógyszertár
- ❑ Optika
- ❑ Gyógyászati segédeszköz
- ❑ Orvosi ellátás (……)
- ❑ Fogászat
- ❑ Természetgyógyászat
- ❑ Gyógymasszázs
- ❑ Sporteszköz értékesítés
- ❑ Egyéb ……..

Kelt: ……, 20…... …….. hó ……..napján

Szolgáltató
(cégszerű aláírás)