

## EGÉSZSÉGÉRT Országos Önkéntes Egészségpénztár

Székhely és postacím: H-1037 Budapest, Kunigunda útja 60. A Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete által kiadott egészségpénztári tevékenységi engedély száma: PSZÁF E-IV/351/2005. Azonosító kód: 351. Nyilvántartja: Fővárosi Bíróság: 16. Pk. 60.540/2005/1. Adószám: 18118573-1-41 Ügyfélszolgálat: 06-1-453-7153, Telefax: 06-1-453-7154.  
E-mail: info@egeszsegert.info

Beérkezett: .....

Ügyintéző: .....

### MUNKAVISZONY MEGSZŰNÉS BEJELENTÉSE

A pénztártag-munkavállaló munkáltatója tölti ki!

Az alant cégszerűen jegyzett Munkáltató, melynek

Cégneve: .....

Székhelye: .....

Kapcsolattartó: ..... Telefon: ..... Fax: .....

ezennel tájékoztatom az Egészségért Országos Önkéntes Egészségpénztárt, hogy az alábbi adatokkal rendelkező

Név: ..... Tagsági okirat szám:

Születési név: ..... Anyja születési neve: .....

Születési hely: ..... Születési idő: ..... (év) ..... (hó) ..... (nap)

Adószám: ..... TAJ szám: .....

Állandó lakcím: .....

Levelezési cím: .....

pénztártag munkavállalónk munkaviszonya ..... (év) ..... (hó) ..... (napján) megszűnt.

Egyben értesítem az Egészségért Országos Önkéntes Egészségpénztárt arról, hogy a munkáltatónak a munkáltatói hozzájárulás-fizetési kötelezettsége a pénztártag munkaviszonyának megszűnésével egyidőben megszűnt. Az utolsó munkáltatói hozzájárulás az .....év .....hó elszámlási időszakra ..... Ft.

Az átutalás időpontja: ..... (év) ..... (hó) ..... (nap).

Kelt: ....., 200..... év, ..... hó ..... napján:

P. H.

.....  
a Munkáltató cégszerű aláírása