

K&H Bank Zrt.

1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 9.
 telefon: (06 1) 328 9000, (06 30) 761 9000
 fax: (06 1) 328 9696
 Budapest 1851
 www.kh.hu • bank@kh.hu

20231013/2/ALFA



Kérelem

átutalási megbízás törlésére / visszavonására / visszakérésére

Üzletfél adatai	
Cégnév/Név	Alfa Egészségközpontok Kft.
Pénzforgalmi/Lakossági bankszámla száma	1040 1093 5052 6687 5056 1006
Kapcsolattartó neve	Hernicz Balázs
Értesítési telefonszám*	+36 30 697/4781
Értesítési cím	1036 Budapest, Lajos utca 66. B. ép. 5. em.

* csak abban az esetben kell kitölteni, ha a megbízás teljesítése során az ügyfél telefonos kapcsolattartást kér

Kérem, az alábbi megbízás törlését / visszavonását / visszakérését:

Megbízás adatai	
Megbízás típusa	ISO
Megbízás referencia száma	099931009H153079
Kedvezményezett bankszámlaszáma	11773054-01027235-00000000
Kedvezményezett neve	
Terhelési dátum	2023.10.09
Összeg	15.000.-
Csoportos átutalás esetén a csomag azonosítója (kötelezett kezdeményező kódja, összeállítás dátuma, sorszám)	202310090999#CSA B0069

Kérelem típusa**	
Törlés	[<u>IGEN</u> / NEM]
Amennyiben törlés nem lehetséges, akkor visszavonás	[<u>IGEN</u> / NEM]
Amennyiben sem törlés, sem visszavonás nem lehetséges, akkor visszakérés	[<u>IGEN</u> / NEM]

** a kívánt részt kérjük kitölteni

Alulírott Üzletfél tudomásul veszem, hogy jelen megbízásom teljesítésére kizárólag a mindenkori vonatkozó Hirdetményekben és Általános Szerződési Feltételekben foglaltak figyelembe vételével van lehetőség.

Kérem továbbá, hogy amennyiben a visszakérés nem zárul eredményesen, akkor a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvény banktitok kiadására vonatkozó 164. § b) pont értelmében szíveskedjenek információt nyújtani a fenti megbízás szerinti jogosult számlaszám tulajdonosának nevére és címére vonatkozóan.

Kelt			
Dátum	2023. Október 13.	Üzletfél aláírása	

Alfa Egészségközpont Kft.
 1036 Budapest
 Lajos u. 66. B. ép. 5. em.
 Adószám: 24649537-2-41

③

