# 1. sz. melléklet

|  |
| --- |
| **A D A T L A PAz SAP rendszerben új vevő rögzítésének igényléséhez, és a már rögzített vevő adatainak módosításához**  |
| **SE - Igénylő szervezeti egység** |   |
| **Adatlap beküldésének célja:***Kérjük a megfelelőt aláhúzni!* | **Új vevő rögzítése**  | **Adatmódosítás** | **Módosítandó vevő vevőkódja:** |
| ***Felhívjuk a figyelmet arra, hogy kizárólag a teljes mértékben kitöltött, pontos adatokkal ellátott Adatlapok fogadható el!*** |
| **V E V Ő A D A T A I** |
| Neve: (Számlázási név)(*maximum 2x35 karakter!)* |   |
| Orvosi pecsétszám: |  |
| Igazolvány/Személyi/Útlevél/Jogosít-vány/ Lakcímkártya/ Tartózkodási eng. száma: *(kérjük a megfelelőt aláhúzni)* | *(csakmagánszemélyek esetében kérjük kitölteni)* |
| Számlázási cím |
| Ország: |   | Irányítószám:  |   |
| Település megnevezése: |   | Út, Utca, tér, házszám, emelet, ajtó |   |
|
| Cégjegyzékszám: |   | AHT azonosító: |   |
| Adószáma, EU-s adószáma: |   | Csoportos adószáma: |   |
| Bankszámlaszám/ Bank megnevezése: |   |   |
| Számlázás pénzneme: | HUF | EUR | USD |
| Kommunikáció nyelve:  *(számla nyelve) Angol nyelv megadása esetén a számla két nyelven nyomtatódik!* | Magyar | - | Angol |
| Tevékenység jellege *(kérjük a megfelelőt aláhúzni)* | egészségügyi | nem egészségügyi | egyéb egészségügyi |
| Fizetési határidő *(kérjük a megfelelőt aláhúzni)* | azonnali (készpénz) | 8 nap | 15 nap |   | 30 nap |
| Vevő kapcsolattartója: |   |
| Vevő elérhetősége: | Tel: | E-mail: |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Budapest, 20……………………… |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ph. |   |  |
|  |  | aláírás |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Pénzügyi Igazgatóság tölti ki! |
| Rögzítés dátuma: |   | Új vevő vevőkódja: | Rögzítő aláírása: |

#