

	Gdańskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej (opiekuna ustawowego dziecka) o treści zgodnej ze zgodą 1, 2, 3 do niniejszej instrukcji.
ISTOTNE INFORMACJE	1. Członkowie mogą zgłaszać się do Programu w każdym miesiącu kalendarzowym na okres miesiąca.
	2. Okres posiadania karty przez Członka Gdańskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej i osoby towarzyszącej/dziecka musi się pokrywać.
	3. Karta dla osoby towarzyszącej/dziecka musi być tożsama z kartą Członka, tzn. Członka Gdańskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej korzystający z karty FitSport nie ma możliwości zgłoszenia os. towarzyszącej/dziecka do programu FitProfit.
DOKONANIE OPŁATY:	
OPŁATA ZA ABONAMENT	1. Do 20-ego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc przystąpienia do programu należy przekazać VanitStyle (VS) odpowiednią kwotę będącą równowartością zamówionych karnetów (opłata za kilka abonamentów musi być dokonana w jednym przelewie).
	2. Termin 20 dzień miesiąca jest datą zaksięgowania wpłaty na konto VS, w innym przypadku wpłata nie zostanie przyjęta na najbliższy okres rozliczeniowy (zostanie przeksięgowana na kolejny)* (np.: wpłata za kartę, która ma być aktywna od 01/07/2017 powinna zaksięgowana najdalej do dnia 20/06/2017). <i>*Wyjątek stanowią dni, w których 20-ty przypada w sobotę bądź święta wtedy przelew powinien wpłynąć na konto VS najdalej pierwszego dnia roboczego po 20-tym.</i>
NUMER RACHUNKU	Bank Millennium S.A. nr rachunku PL 35 1160 2202 0000 0003 2899 4201
TYTUŁ PRZELEWU (użytkownik w chwili dokonania przelewu nie posiada karty)	Imię i Nazwisko Członka Gdańskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej imiona i nazwiska osób dodatkowych z wskazanym typem karty (ważne by pisownia tych osób była poprawna i nie budziła wątpliwości za jaki karnet jest opłata).
Wzór przelewu: Jan Kowalski, Marcin Kowalski os. tow., Marek Kowalski dz. b., Piotr Kowalski dz. p. (dane kolejnej os. dodatkowej). Przelew zbiorowy realizujemy po przecinku (Imię i nazwisko Członka Gdańskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej dane os. tow., dane dziecka).	
TYTUŁ PRZELEWU (użytkownik w chwili dokonania przelewu posiada kartę)	Numer karty Członka Gdańskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, numery kart osób dodatkowych. W przypadku dopisania nowej os. dodatkowej, której nr karty nie jest znany, należy wpisać Imię i Nazwisko os. dodatkowej z wskazanym typem karty (patrz: Wzór pierwszego przelewu).
Wzór przelewu (przedłużenie): 00000111, 00000112 (nr karty Członka, os. dodatkowej), Piotr Kowalski dz. p. (dane kolejnej os. dodatkowej nieposiadającej karty). Przelew zbiorowy realizujemy po przecinku (nr karty Członka, nr karty os. tow., nr karty dziecka).	