

KÉRELEM

Alulírott

..... (név),
..... (születési név),
..... (születési hely és idő),

mint fogyatékkal élő felhasználó kérem, hogy részemre akadálymentes számlát biztosítani szíveskedjenek az alábbiakban megjelölt formátumban (a kért formátum aláhúzendó):

- a) Braille-írással nyomtatott,
- b) akadálymentes formátumú, elektronikus,
- c) könnyen érthető, elektronikus számlaformátum.

Felhasználási hely címe:

Felhasználási hely vevő- (fizető-) azonosítója:

Mellékelten csatolom a fogyatékoságom igazolásául szolgáló iratot (szakhatósági orvosi vélemény, vagy házi orvosi igazolás).

Jelen nyilatkozatot az akadálymentes számla igénylése céljából terjesztem elő. Tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozat benyújtása nem jelenti automatikusan a védendő felhasználóként történő nyilvántartásba vételi kérelem előterjesztését is, azt a jogszabályban meghatározottak szerint külön kell igényelnem.

A nyilatkozat kitöltésével hozzájárulok, hogy az akadálymentes számlák előállítása céljából az önként megadott személyes adataimat a Fővárosi Csatornázási Művek Zrt. (szolgáltató), illetve a Braille-írással nyomtatott formátumú akadálymentes számlák előállításban közreműködő (szervezet) az adatkezelési cél megszűnéséig kezelje.

Dátum:

Felhasználó aláírása:

A fenti nyilatkozatot átvettem:

Dátum:

Ügyintéző aláírása: