

K É R E L E M

akadálymentes számla igényléséhez

Alulírott

_____ (név),
_____ (születési név),
_____ (születési hely és időnév),

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

- a) Braille-írással nyomtatott számla
- b) akadálymentes formátumú elektronikus számla vagy
- c) könnyen érthető elektronikus számla

Felhasználási hely címe: _____

Felhasználási hely azonosító: _____ Vevő/(fizető) azonosító: _____

Mellékelten csatolom a fogyatékoságom igazolásául szolgáló iratot (szakhatósági orvosi vélemény, vagy háziorvosi 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 VASIVÍZ ZRt., illetve a Braille-írással nyomtatott formátumú akadálymentes számlák előállításban közreműködő szervezet az adatkezelési cél megszűnéséig kezelje.

Kelt: _____, _____ év _____ hónap _____ nap

Felhasználó vagy képviselője aláírása
(Nyomtatott betűvel is kérjük aláírni.)

A fenti nyilatkozatot átvettem:

Kelt: _____, _____ év _____ hónap _____ nap

VASIVÍZ ZRt. képviselője aláírása