



K É R E L E M

Alulírott

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

mint fogyatékkal élő fogyasztó 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 számla formátum

Felhasználási hely címe:

Felhasználási hely vevő (fizető) azonosítója:

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

Jelen nyilatkozatot az akadálymentes számla igénylése céljából terjesztem elő. Tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozat benyújtása nem jelenti automatikusan a védendő fogyasztóként történő nyilvántartásba vételi kérelem előterjesztését is, azt a jogszabályban meghatározottak szerint külön kell igényelnem.¹

A nyilatkozat kitöltésével hozzájárulok, hogy az akadálymentes számlák előállításának céljából az önként megadott személyes adataimat a Kaposvári Önkormányzati Vagyonkezelő és Szolgáltató Zrt., illetve a Braille-írással nyomtatott formátumú akadálymentes számlák előállításban közreműködő Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége az adatkezelési cél megszűnéséig kezelje.

.....(dátum)

..... (fogyasztó aláírása)

A fenti nyilatkozatot átvettem:

.....(dátum)

..... (ügyintéző aláírása)

¹ Azon közműszolgáltatási ágazat esetében, ahol nincs védendő fogyasztó ezen bekezdés törlendő.