

KÉRELEM

Alulírott

..... (név),

..... (születési név),

..... (születési hely és idő),

..... (anyja neve) (szig.szám.)

mint fogyatékkal élő felhasználó kérem, hogy részemre akadálymentes számlát biztosítani szíveskedjenek **Braille-írással nyomtatott** formátumban.

Felhasználási hely címe:

Felhasználási hely és a vevő (fizető) azonosítója: FH: PK:

Mellékelten csatolom a fogyatékkosságom 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.¹

A nyilatkozat kitöltésével hozzájárulok, hogy az akadálymentes számlák előállítására céljából az önként megadott személyes adataimat a **Borsodvíz Önkormányzati Közütemi Szolgáltató Zrt.** (szolgáltató), illetve a Braille-írással nyomtatott formátumú akadálymentes számlák előállításban közreműködő **Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége** (szervezet) az adatkezelési cél megszűnéséig kezelje.

.....(dátum)

..... (felhasználó aláírása)

A fenti nyilatkozatot átvettem:

.....(dátum)

..... (ügyintéző aláírása)
