KÉRELEM

Alulírott

…… (név),

…… (születési név),

…… (születési hely és idő név),

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

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 fogyatékosságom igazolásául szolgáló iratot (szakhatósági orvosi vélemény, vagy háziorvosi igazolás).

Jelen nyilatkozatot az akadálymentes számla igénylése céljából terjesztem elő.

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

…… (dátum)

…… (fogyasztó aláírása)

A fenti nyilatkozatot átvettem:

…… (dátum)

…… (ügyintéző aláírása)