KÉRELEM

Alulírott

Név:

Felhasználóazonosító:

Születés helye, ideje:

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

1. Braille-írással nyomtatott
2. akadálymentes formátumú elektronikus1
3. könnyen érthető elektronikus számla formátum1

Felhasználási hely címe:

Felhasználási hely azonosítója:

Mellékelten csatolom a fogyatékosságom igazolásául szolgáló iratot (szakhatósági orvosi vélemény vagy háziorvosi igazolás).

Jelen nyilatkozatot az akadálymentes számla igénylése céljából terjesztem elő.

Kijelentem, hogy az akadálymentes számlák előállítása céljából az önként megadott személyes adataimat a [2011. évi CXII. törvény 5. § (1) bekezdés a) pontja](http://uj.jogtar.hu/) szerinti hozzájárulásnak minősül - az akadálymentes számla elkészítéséhez szükséges - adataim kezeléséhez.

Személyes adataimat a Hódmezővásárhelyi Köztisztasági Nonprofit Kft, mint közszolgáltató által megbízott .A.S.A. Köztisztasági Kft. (alvállalkozó), illetve a Braille-írásos nyomtatott formátumú akadálymentes számlák előállításban közreműködő Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége (szervezet) az adatkezelési cél megszűnéséig kezelheti.

 (dátum)

 (fogyasztó aláírása)

A fenti nyilatkozatot átvettem:

 (dátum)

 (ügyintéző aláírása)