

KÉRELEM

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 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(z) **TiszaSzolg 2004 Közszolgáltató, Vagyonkezelő és Gazdaságfejlesztő Korlátolt Felelősségű Társaság** (szolgáltató), illetve a Braille-írással nyomtatott formátumú akadálymentes számlák előállításban közreműködő **Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége** (szervezet) az adatkezelési cél megszűnéséig kezelje.

.....(dátum)

..... (fogyasztó aláírása)

A fenti nyilatkozatot átvettem:

.....(dátum)

..... (ügyintéző aláírása)