



## 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 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.<sup>1</sup>

A nyilatkozat kitöltésével hozzájárulok, hogy az akadálymentes számlák előállítására céljából az önként megadott személyes adataimat a KAVÍZ Kft., illetve a Braille-írással nyomtatott formátumú akadálymentes számlák előállításában közreműködő Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége az adatkezelési cél megszűnéséig kezelje.

.....(dátum)

..... (fogyasztó aláírása)

A fenti nyilatkozatot átvettem:

.....(dátum)

..... (ügyintéző aláírása)

---

<sup>1</sup> Azon közműszolgáltatási ágazat esetében, ahol nincs védendő fogyasztó ezen bekezdés törlendő.