

KÉRELEM

Alulírott

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (név),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (születési név),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (születési hely és időnév),

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(z) EVAT Zrt. (szolgáltató), illetve a Braille-írásos nyomtatott formátumú akadálymentes számlák előállításban közreműködő szolgáltató (Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége) (szervezet) az adatkezelési cél megszűnéséig kezelje.

……………………………………………………………(dátum)

…………………………………………………………… (fogyasztó aláírása)

A fenti nyilatkozatot átvettem:

……………………………………………………………(dátum)

…………………………………………………………… (ügyintéző aláírása)