

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 aláhúzendó):

- Braille-írással nyomtatott
- akadálymentes formátumú elektronikus
- 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.

A nyilatkozat kitöltésével hozzájárulok, hogy az akadálymentes számlák előállítására céljából az önként megadott személyes adataimat a PÉTKOMM Kft., illetve a Braille-írással nyomtatott formátumú akadálymentes számlák előállításában a közreműködő(szervezet) az adatkezelési cél megszűnéséig kezelje.

..... (dátum)

..... (fogyasztó aláírása)

A fenti nyilatkozatot átvettem:

..... (dátum)

..... (ügyintéző aláírása)