Alulírott mint fogyatékkal élő felhasználó kérem, hogy részemre akadálymentes számlát biztosítani szíveskedjenek az alábbiakban megjelölt formátumban[[1]](#footnote-1):

1. [ ]  Braille-írással nyomtatott,
2. [ ]  Adakálymentes formátumú elektronikus,
3. [ ]  Könnyen érthető elektronikus számla formátum.

|  |  |
| --- | --- |
| Kérelmező neve: |   |
| Kérelmező címe: |   |
| Kérelmező telefonszáma: |   |
| Felhasználó azonosító: |   |
| Felhasználási hely: |   |

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

Jelen nyilatkozatot az akadálymentes számla igénylése céljából terjesztem elő. Tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozat benyújtása nem jelenti automatikusan a védendő felhasználóként történő nyilvántartásba vételi kérelem előterjesztését is, azt a jogszabályban meghatározottak szerint külön kell igényelnem.

A nyilatkozat kitöltésével hozzájárulok, hogy az akadálymentes számlák előállítása céljából az önként megadott személyes adataimat a BAKONYKARSZT Víz- és Csatornamű Zrt., illetve a Braille-írásos nyomtatott formátumú akadálymentes számlák előállításában közreműködő szervezet az adatkezelési cél megszűnéséig kezelje.

Dátum: ………………………………………: *(év/hó/nap)*

 …………………………………..….

 Kérelmező

**ENGEDÉLY**

**akadálymentes számlakép igénybevételéhez**

A benyújtott kérvény alapján az akadálymentes számlaképet biztosítjuk.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Az engedély sorszáma: |  |  |  iktatószáma: |  |

Dátum: ………………………………………: *(év/hó/nap)*

 ………………………………………………………

 Üzemegység vezető/Értékesítési osztályvezető

1. Megfelelőt kérjük [x]  jelölni! [↑](#footnote-ref-1)