

# 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 aláhúzendő):

- 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 házi-orvosi igazolás).

Jelen nyilatkozatot az akadálymentes számla igénylése céljából terjesztem elő.

Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 5. § (1) bekezdés a) pontja szerint a nyilatkozat kitöltésével hozzájárulok, hogy az akadálymentes számlák előállítására céljából az önként megadott személyes adataimat a **Hódmezővásárhelyi Vagyonkezelő és Szolgáltató Kft.** az adatkezelési cél megszűnéséig kezelje.

..... (település, dátum)

..... (fogyasztó aláírása)

A fenti nyilatkozatot átvettem:

..... (település, dátum)

..... (ügyintéző aláírása)