

Kérelem

Az egységes közszolgálati számlaképről szóló 2013. évi CLXXXVIII. törvény 10/A. § szerint akadálymentes számla igényléséhez

Alulírott

Név: _____ (U_____)

Születési név: _____

Szül. hely: _____, Szül. idő:

Értesítési cím: _____,

mint fogyatékkal élő fogyasztó kérem, hogy részemre akadálymentes számlát biztosítani sziveskedjenek az alábbiakban megjelölt formátumban (*a kért formátum aláhúzendó*):

- a) Braille-írással nyomtatott
- b) akadálymentes formátumú elektronikus vagy
- c) könnyen érthető elektronikus számla formátum

Felhasználási hely címe: _____ (F_____)

Mellékelten csatolom a fogyatékoságom igazolásul szolgáló iratot (*szakhatósági orvosi vélemény, vagy háziiorvosi igazolás*).

Jelen nyilatkozatot az akadálymentes számla igénylése céljából nyújtom be. A nyilatkozat kitöltésével hozzájárulok ahhoz, hogy az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 5.§.(1) bekezdés a) pontja szerint az akadálymentes számlák előállítására céljából az önként megadott személyes adataimat a T-Szol Zrt. (szolgáltató), illetve a Braille-írással nyomtatott formátumú akadálymentes számlák előállításában közreműködő harmadik személy az adatkezelési cél megszűnéséig kezelje.

Tatabánya, 20____. _____
fogyasztó aláírása

A fenti nyilatkozatot és a mellékletet átvettem:

Tatabánya, 20____. _____
ügyintéző aláírása