



Alulírott

Szöveg beírásához kattintson ide. (név),

Szöveg beírásához kattintson ide. (születési név),

Szöveg beírásához kattintson ide. (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: Szöveg beírásához kattintson ide.

Felhasználási hely vevő (fizető) azonosítója: Szöveg beírásához kattintson ide.

Mellékelten csatolom a fogyatékoságom igazolásául szolgáló iratot (szakhatósági orvosi vélemény, vagy házi orvosi igazolás).

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

A nyilatkozat kitöltésével hozzájárulok, hogy az akadálymentes számlák előállításának céljából az önként megadott személyes adataimat a TETTYE FORRÁSHÁZ Zrt. (szolgáltató), illetve a Braille-írással nyomtatott formátumú akadálymentes számlák előállításban közreműködő Szöveg beírásához kattintson ide. (szervezet) az adatkezelési cél megszűnéséig kezelje.

_____ (dátum)

_____ (felhasználó aláírása)

A fenti nyilatkozatot átvettem:

_____ (dátum)

_____ (ügyintéző aláírása)