



**Püspökladányi Városüzemeltető és Gyógyfürdő Kft.**

**Püspökladány, Kossuth u. 26.**

**Tel: 54/ 451-066, FAX: 54/ 450-539.**

**e-mail: [info@pl-varosuzemelteto.hu](mailto:info@pl-varosuzemelteto.hu)**

**web: [www.pl-varosuzemelteto.hu](http://www.pl-varosuzemelteto.hu)**

## K É R E L E M

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 fogyatékekességom igazolásául szolgáló iratot (szakhatósági orvosi vélemény, vagy házi orvosi igazolás).

Jelen nyilatkozatot az akadálymentes számla igénylése céljából terjesztem elő.

A nyilatkozat kitöltésével hozzájárulok, hogy az akadálymentes számlák előállítása céljából az önként megadott személyes adataimat a Püspökladányi Városüzemeltető és Gyógyfürdő Kft. (szolgáltató), illetve a Braille-írással nyomtatott formátumú akadálymentes számlák előállításban közreműködő szervezet az adatkezelési cél megszűnéséig kezelje.

\_\_\_\_\_ (dátum)

\_\_\_\_\_ (fogyasztó aláírása)

A fenti nyilatkozatot átvettem:

\_\_\_\_\_ (dátum)

\_\_\_\_\_ (ügyintéző aláírása)