



## Érd és Térsége Csatorna-szolgáltató Kft.

Székhely: 2030 Érd, Fehérvári út 63/b-c.  
Ügyfélszolgálati iroda: 2030 Érd, Felső utca 2.  
Telefon: (06) 23/521-591 - Fax: (06) 23/521-759  
E-mail: [ugyfelszolgalat@erdicsatornamuvek.hu](mailto:ugyfelszolgalat@erdicsatornamuvek.hu)  
Web: [www.erdicsatornamuvek.hu](http://www.erdicsatornamuvek.hu)

### K É R E L E M

*Akadálymentes számla igényléséhez  
(kérjük nyomtatott nagybetűkkel kitölteni)*

Alulírott .....(név)

születési név: .....

születési hely, idő .....

anyja neve: .....

állandó lakcím: .....

személyazonosító okmány sz.: .....

mint a(z) .....(település)..... (utca,  
házszám, hrsz.) alatti felhasználási hely (felhasználó azonosító szám:  
.....) szerződött felhasználója/elkülönített vízhasználója  
(továbbiakban: *Felhasználó*) kérem az Érd és Térsége Csatorna-szolgáltató Kft-t, hogy részemre  
akadálymentes számlát biztosítani szíveskedjen az alábbiakban megjelölt formátumban (a kért  
formátum aláhúzendő):

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

Mellékelten csatolom a fogyatékoságom 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 előállítására céljából az önként  
megadott személyes adataimat, a Braille-írással nyomtatott formátumú akadálymentes számlák  
előállításban közreműködő *Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége* (1146 Bp. Hermina  
út 47.) az adatkezelési cél megszűnéséig kezelje.

Kelt: ....., .....(év) ..... (hónap) ..... (nap)

.....  
Felhasználó aláírása