



C) A KEZELŐORVOS - ENNEK HIÁNYÁBAN A HÁZIORVOS - TÖLTI KI

Orvos neve (egészségügyi szolgáltató megnevezése):

Orvos címe (egészségügyi szolgáltató székhelye):

Orvos pecsét száma (egészségügyi szolgáltató működési engedélyének száma):

Igazolom, hogy a víziközmű-szolgáltatásról szóló 2011. évi CCIX. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról szóló 58/2013. (II. 27.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Rendelet) 88/D. § (3) bekezdésében foglaltak alapján az igénylő vagy a vele közös háztartásban élő személy adatai és fogyatékoságának jellege a következő:

Név (születési név)	Születési hely és idő	Lakóhely	Korlátozottság jellege*

* Annak megjelölése, hogy a fogyatékkal élő felhasználó fogyatékosági támogatásban részesül-e, vagy a víziközmű-szolgáltatás felfüggesztése, korlátozása a lakossági felhasználó vagy a vele közös háztartásban élő személy életét vagy egészségét közvetlenül veszélyezteti-e.

A táblázatban fel kell tüntetni az igénylőt, akit a fogyatékosága okán különleges bánásmódban kell részesíteni a vízfelhasználás során.

Álláspontom szerint a fogyasztó tekintetében az alábbi típusú különleges bánásmód (bánásmódok) alkalmazása lehet indokolt:

- havi (időközi) mérőleolvasás a felhasználási helyen,
- készpénzben történő számlakiegyenlítés a felhasználási helyen,

c) a számla értelmezéséhez a víziközmű-szolgáltató üzletszabályzata szerint nyújtott egyedi segítség, különösen nagyobb betűmérettel nyomtatott számla, helyszíni számla magyarázat, számlafordíttatás,

d) egyéb szolgáltatás, éspedig:

.....

A fogyatékkal élő személy vonatkozásában a vízszolgáltatás felfüggesztésének, szünetelésének esetén értesítendő személy vagy szervezet neve, telefonszáma:

.....

Alulírott, mint a fent megjelölt személy orvosi ellátását végző orvos, kijelentem, hogy a fent megjelölt fogyatékosági állapotra vonatkozó adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt:

P. H.

.....

orvos aláírása