

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

1. Orvos neve (egészségügyi szolgáltató megnevezése):
2. Orvos címe (egészségügyi szolgáltató székhelye):
3. Orvos pecsét száma (egészségügyi szolgáltató működési engedélyének száma):
4. 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.

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

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

- a) havi (időközi) mérőleolvasás a felhasználási helyen,
- b) 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:

.....

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

.....

8. 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