



ATTESTATION relative à la remise de sacs à ordures gratuits

Concernes les personnes souffrant d'incontinence au sens de la LAMal ou de tout handicap entraînant une surproduction de déchets (remplir les coordonnées du bénéficiaire)

Nom et prénom	
Date de naissance	
Adresse - NP - localité	

Nécessite l'utilisation au quotidien de protections contre l'incontinence ou souffre d'un handicap qui entraîne une surproduction de déchets (au moins un sac de 17l. par semaine).

Cette attestation est valable 12 mois

Soit du _____ au _____

Identité du professionnel de la santé

Nom et prénom	
Profession	
Adresse - NP - localité	
Organisation de soins	

Par ma signature, j'atteste que toutes les données susmentionnées sont conformes à la réalité.

Date : _____ Timbre et signature : _____

Lot de 30 sacs de 35 litres

ou

Lot de 60 sacs de 17 litres

Remis le : _____ par _____ Visa :