ATTESTATION

relative à la remise de sacs à ordure gratuits

Concerne 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 60 sac de 17 l.

Remis le : par Visa :