

## ATTESTATION

relative à la remise de sacs à ordures gratuits

### POUR LES PERSONNES ÂGÉES, MALADES OU SOUFFRANT D'UN HANDICAP

vivant à domicile (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 tout autre dispositif médical/sanitaire produisant un volume important de déchets.

*Cette attestation est valable 6 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 de 60 sacs de 17 litres

Remis le : \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_ Visa :