

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 :