



ATTESTATION

Relative à la remise de sacs à ordures gratuits

VEX

POUR LES PERSONNES ÂGÉES, MALADES OU SOUFFRANT D'UN HANDICAP ET AU BENEFICE DE PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

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 3 mois, pour 1 lot de 15 sacs de 35 litres *

soit du _____ au _____

**sauf précision autre du professionnel de la santé sur la fréquence de distribution soit 2 lots de 15 sacs de 35 litres pour 6 mois ou 4 lots de 15 sacs de 35 litres par année.*

Identité du professionnel de la santé

Nom et prénom	
Date de naissance	
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 :.

A remplir par l'administration du CMSS lors de la distribution

Nombre de lot (s) de 15 sacs de 35 litres :

Remis le : _____ par _____ Visa :