

Verklaring apotheek voor bijdrage extra afvalkosten medisch afval

Gegevens aanvrager

Voornaam + achternaam: _____

Straat + Huisnummer: _____

Postcode + Plaats: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Verklaring en ondertekening aanvrager

Ondergetekende aanvrager verklaart gebruik te maken van incontinentiemateriaal /
stomamateriaal / materiaal ten behoeve van nierdialyse.

Datum: _____

Handtekening: _____

Verklaring en ondertekening apotheek

Ondergetekende apotheker verklaart hierbij dat op medische indicatie aangewezen is op het
gebruik van incontinentiemateriaal / stomamateriaal / materiaal ten behoeve van nierdialyse.

Datum: _____

Stempel apotheek: _____

Stuur dit formulier naar:

Per post:

Gemeente Noordoostpolder

Antwoordnummer 36

8300 VB Emmeloord

Per mail:

info@noordoostpolder.nl t.a.v. NAAM