

Aanvraag tegemoetkoming medisch afval

Persoonlijke gegevens aanvrager

Achternaam en voornamen:

Telefoonnummer (s):

Rekeningnummer (IBAN):

Burgerservicenummer (BSN):

Verklaring en ondertekening aanvrager en apotheker

Ondergetekende verklaart gedurende het huidige kalenderjaar langer dan drie maanden gebruik te hebben gemaakt van incontinentiemateriaal / stomamateriaal / materiaal ten behoeve van nierdialyse (doorhalen wat niet van toepassing is).

Datum:

Handtekening:

Ondergetekende apotheker in de gemeente Zwartewaterland verklaart hierbij dat bovengenoemde persoon op medische indicatie aangewezen is op het gebruik van incontinentiemateriaal / stomamateriaal / materiaal ten behoeve van nierdialyse.

Datum:

Stempel Apotheker
