

ATTESTATION

relative à la remise de sacs à ordures gratuits

**CONCERNE LES PERSONNES SOUFFRANT D'INCONTINENCE AU SENS DE LA LAMaL
ET VIVANT A 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.

Cette attestation est valable 12 mois

Soit du _____ au _____

Identité du professionnel de la santé

Nom et prénom	
Médecin	
Infirmier(ère) indépendant(e)	
Organisation de soins	
Adresse - NP - localité	

Par ma signature, j'atteste que toutes les données susmentionnées sont conformes à la réalité.

Date : _____ Timbre et signature : _____

à compléter par le secrétariat du CMS

Lot de 50 sacs de 17 litres, soit 5 rouleaux de 10 sacs

Remis le : _____ par _____ Visa :

Par ma signature, je confirme avoir reçu 5 rouleaux de 10 sacs taxés :

.....