



Ärztliche Bestätigung zur Vorlage bei der Abfallwirtschaft Wesermarsch für einen Zuschuss für die Abfallentsorgung bei chronischer Inkontinenz

Bestätigung für

Name	
Vorname	
Geboren am	
Wohnhaft (Straße/Ort)	

Tabelle 1/Erfassung Daten Antragsteller 1

Bei oben genannter Patientin / genanntem Patienten fallen aufgrund einer Erkrankung in erheblichem Umfang und auf Dauer nicht vermeidbare Abfälle an.

Ort	Datum	Name des Arztes
Stempel und Unterschrift		

Tabelle 2/ärztliche Bestätigung 1