

## 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 :

.....