

# Ärztliche Bescheinigung

Wir bestätigen hiermit die medizinische Indikation für den Bezug kostenloser Windelsäcke in 2021 über die Ortsgemeinde Altrip.

**Herr / Frau**

**Name, Vorname**.....

**Straße**.....

**PLZ / Ort**.....

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Stempel und Unterschrift des Arztes**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten zur Berechtigung des Erhalts kostenloser Müllsäcke bei der Verwaltung gespeichert werden (Art.7 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung EU-DSGVO). Gleichzeitig bevollmächtige ich,

\_\_\_\_\_, hiermit Herrn / Frau \_\_\_\_\_,  
(Name, Vorname) (bevollmächtigte Person)

diese Müllsäcke in meinem Namen entgegen zu nehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift