

Ärztliche Bescheinigung

Wir bestätigen hiermit die medizinische Indikation für den Bezug kostenloser Windelsäcke in 2022 über die Ortsgemeinde Neuhofen.

Herr / Frau

Name, Vorname.....

Geb.-Datum

Straße.....

PLZ / Ort.....

Telefonnummer:

ein erhöhter Bedarf an Windelsäcken liegt vor / liegt nicht vor.
(Bitte zutreffendes unterstreichen)

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
