

Ärztliche Bescheinigung

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

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 Herr / Frau _____,
(Name, Vorname) (bevollmächtigte Person)

diese Müllsäcke in meinem Namen entgegen zu nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift