

AANVRAAGFORMULIER REDUCTIEREGELING AFVALSTOFFENHEFFING IVM MEDISCH AFVAL

Ondergetekende, die als gevolg van chronische ziekte of handicap (of van personen die behoren tot zijn of haar huishouden) extra medisch afval moet aanbieden aan de RAD Hoeksche Waard, verzoekt hierbij om in aanmerking te komen voor een vermindering van de aanslag Afvalstoffenheffing en geeft ter beoordeling van de reductieregeling uitdrukkelijk toestemming voor de verwerking van zijn/haar medische gegevens.

Naam _____
Adres _____
Postcode _____ Woonplaats _____
Woonplaats _____
BSN _____
Datum _____ Handtekening _____

MEDISCHE BEVESTIGING REDUCTIEREGELING AFVALSTOFFENHEFFING IVM MEDISCH AFVAL

In te vullen door huisarts/ medisch specialist

Ondergetekende bevestigt dat :

Naam _____
Adres _____
Postcode _____ Woonplaats _____
Geboortedatum _____
extra medisch afval moet aanbieden aan de RAD Hoeksche Waard vanwege

Reden _____

Naam _____ Functie _____
Datum _____ Handtekening _____
Stempel _____

GEEN MEDISCHE BEVESTIGING

Indien geen medische bevestiging van uw huisarts / medisch specialist overlegd kan worden, verzoeken wij u aanvullende informatie te verstrekken waaruit blijkt dat sprake is van extra medisch afval (*Bijv. kopieën van pakbonnen van stoma- en incontinentiematerialen of andere medische verbruiksmaterialen*).



Dit formulier volledig ingevuld en ondertekend plus eventuele kopieën opsturen naar SVHW, t.a.v. N. Pegels, Postbus 7059, 3286 ZH Klaaswaal.
(Alleen volledig ingevulde formulieren worden in behandeling genomen)