



Toelage Diftar omwille van medische redenen

Gegevens aanvrager

Naam en voornaam	
Rijksregisternummer	
Straat en nummer	
Telefoon- of gsm-nummer	
E-mailadres	

Medisch attest (in te vullen door een arts)

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, bevestigt dat

..... (naam en voornaam)

omwille van medische redenen een grotere afvalproductie heeft en daarmee voldoet aan de voorwaarden die daarvoor gesteld worden in artikel 1.2 van het toelagereglement aangaande tussenkomst in het Diftarsysteem, goedgekeurd door de gemeenteraad van Arendonk.

Datum:

Stempel en handtekening:

Arendonk, (datum)

Handtekening aanvrager:

Het ingevulde aanvraagformulier bezorg je aan het onthaal van het gemeentehuis of per mail via lieve.luyten@arendonk.be.