

Ärztliche Bestätigung

Zur Vorlage beim Landratsamt für einen Zuschuss für die Abfallentsorgung

Für:

Name/ Vorname:

.....

geboren am:

.....

Straße:

.....

PLZ/Ort:

.....

Bei oben genanntem(r) Patienten/Patientin besteht auf Grund einer Erkrankung auf Dauer ein deutlich erhöhtes Abfallaufkommen.

.....

Datum

.....

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin