

Afvalstoffenheffing bijdrage medisch afval[®]

1 PERSOONLIJKE GEGEVENS VAN AANVRAGER

Burgerservicenummer

Achternaam en voornamen

Telefoonnummer(s)

Rekeningnummer (IBAN)

2 VERKLARING EN ONDERTEKENING AANVRAGER EN APOTHEKER

Ondergetekende verklaart gedurende het huidige kalenderjaar langer dan drie maanden gebruik te hebben gemaakt van incontinentiemateriaal / stomamateriaal / materiaal ten behoeve van nierdialyse.

Datum

Handtekening

Bij deze 'Eigen verklaring' moet een afschrift van een (pak)bon van de leverancier van het materiaal (bijvoorbeeld apotheek, medische groothandel) worden toegevoegd.

3 STUUR HET INGEVULDE AANVRAAGFORMULIER NAAR:

Gemeente Kampen
Team Belasting en Inning
Postbus 5009
8260 GA Kampen
T 14 038