

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

Datum

Handtekening

Ondergetekende apotheker in de gemeente Kampen verklaart hierbij dat op medische indicatie aangewezen is op het gebruik van incontinentiemateriaal / stomamateriaal / materiaal ten behoeve van nierdialyse.

Datum

Stempel apotheek

3 PER POST VERZENDEN

Stuur het ingevulde aanvraagformulier en de vereiste bewijsstukken naar:

Gemeente Kampen
Team Belasting en Inning
Postbus 5009
8260 GA Kampen