



DEMANDE DE SACS GRATUITS POUR LES PERSONNES SOUFFRANT D'INCONTINENCE

Je soussigné, (en lettres majuscules),
Docteur en médecine, certifie que

Monsieur/Madame (en lettres majuscules)

AGE : ans,

Adresse : (rue).....

Code postal Ville

Ne réside pas en institution ET souffre d'incontinence **permanente**

Fait à, le

Signature et cachet du prescripteur :

Reçu lela quantité de **40 sacs de 60 litres**

Signature du bénéficiaire ou de son représentant :

N° de téléphone pour livraison à domicile :

Formulaire de demande à remettre au Service FINANCES – Place des Carmes, 24 -
1300 WAVE