



## Verzoek medische korting afvalstoffenheffing

Aan afdeling Belastingen  
Postbus 9110  
6994 ZJ DE STEEG

Ik verzoek om medische korting op de afvalstoffenheffing:

Naam : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer : \_\_\_\_\_  
E-mailadres : \_\_\_\_\_

Omdat ik (of een huisgenoot) om medische redenen veel afval heb.

Persoon om wie het gaat: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_  
Gebruikt medisch materiaal: incontinentie-/stoma-/nierdialysemateriaal\*  
Verstrekker/leverancier : \_\_\_\_\_

**Om medische korting te krijgen moet de achterkant van dit formulier door uw huisarts, specialist of apotheker worden ingevuld.**

Ik heb alles naar waarheid ingevuld.

Plaats : \_\_\_\_\_ Datum : \_\_\_\_\_

Handtekening : \_\_\_\_\_

## Medische verklaring

Hierbij verklaart ondergetekende (huisarts, specialist of apotheker), dat aan

naam : \_\_\_\_\_  
geboortedatum : \_\_\_\_\_  
adres : \_\_\_\_\_  
postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_

om medische redenen veelvuldig en voor onbepaalde duur incontinentie-/stoma-/nierdialysemateriaal\*  
wordt vertrekt.  
aankruisen wat van toepassing is

Plaats : \_\_\_\_\_ Datum : \_\_\_\_\_

Handtekening : \_\_\_\_\_

Naam : \_\_\_\_\_

Stempel  
(apotheker,  
behandelend  
arts/specialist)