



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 :
7090 BRAINE-LE-COMTE

souffre d'incontinence permanente.

Fait à, le

Signature et cachet du prescripteur :

Reçu le la quantité de **40 sacs de 60 litres**

Service à contacter
Recette Communale

Hôtel de Ville
Grand Place 39
7090 Braine-le-Comte
Tél. 067/874.860
Fax 067/560.520

Signature du bénéficiaire :

.....