

SUBSIDE POUR L'ELIMINATION D'AUTRES PRODUITS HYGIÉNIQUES

Je soussigné(e)

Nom, Prénom

demeurant à

No, Rue, CP et Localité

Téléphone

Privé, Bureau, Mobile

Compte bancaire

LU

Institut bancaire (BIC-Code)

No compte bancaire (IBAN)

prie le collège échevinal de la Commune de Schuttrange de bien vouloir m'accorder un subside pour l'élimination d'autres produits hygiéniques.

Nom du médecin traitant

Certificat médical pour l'année :

(à annexer à la demande)

Réservé à l'administration communale :	
début subside :	
durée :	
GESCOM :	
Numéro de terrain :	

Renvoyer à:
Administration communale de
Schuttrange
c/o M.Pascal Peters
2, Place de l'église
L-5367 Schuttrange

Signature du requérant:

Administration communale:

Schuttrange. le