

SUBSIDE AUX PERSONNES SOUFFRANT D'INCONTINENCE

Je soussigné(e) _____
Nom Prénom

Matricule _____
N°

demeurant à _____
N° Rue Code postal et localité

Téléphone _____
Privé Bureau Mobile

Adresse e-mail _____

Compte bancaire _____
Institut bancaire (BIC-Code) N° compte bancaire (IBAN)

prie le collège échevinal de la commune de Mamer de bien vouloir m'accorder un subside pour la personne souffrant d'incontinence désignée ci-après:

Nom et prénom de la personne _____
Nom Prénom

Matricule de la personne _____
N°

Le subside est accordé à partir du mois de la réception de la demande.

La première demande est à accompagner d'un certificat médical attestant l'incontinence de la personne concernée.

_____, le _____ Signature: _____
Localité Date

Renvoyer à l'Administration communale de Mamer:

par e-mail: finances@mamer.lu

par courrier: Administration communale de Mamer • Comptabilité générale • B.P. 50 • L-8201 MAMER