



## Aanvraag compensatie medisch afval

Naam aanvrager: .....

Telefoonnummer: .....

Emailadres: .....

### **Namens:**

Naam: .....

Adres: .....

Telefoonnummer: .....

Emailadres: .....

Type medisch afval: .....

Hoeveelheid medisch afval: .....

Hoe vaak wordt het medisch afval in de restafvalcontainer wordt gedeponereerd: ..... keer per week  
(dit is optioneel om ons inzicht te geven over het gemiddeld aantal stortingen dat van toepassing is)

**U dient een kopie van een factuur mee te sturen waaruit blijkt dat er medisch materiaal wordt afgenomen. Hierop hoeft slechts het adres herkenbaar te zijn.**

Let op : alleen volledig ingevulde aanvraagformulieren worden in behandeling genomen. Uw aanvraag kunt u per e-mail insturen aan [gemeente@ouder-amstel.nl](mailto:gemeente@ouder-amstel.nl) of per post naar Postbus 35, 190 AA Ouderkerk aan de Amstel