



Aanvraagformulier vermindering afvalstoffenheffing bij medisch afval

U kunt vermindering van afvalstoffenheffing aanvragen, wanneer u medisch afval heeft als gevolg van een chronische ziekte of handicap.

Gegevens aanvrager *

Voorletters: _____ Achternaam: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Burger Service Nummer (BSN): _____

Ingangsdatum gebruik
medische hulpmiddelen: _____

*Hiermee geef ik toestemming voor de verwerking van mijn medische gegevens (bijzondere persoonsgegevens in de zin van de AVG**) om in aanmerking te komen voor vermindering van afvalstoffenheffing.*

Datum: _____

Handtekening aanvrager: _____

**) De aanvrager is degene die gebruik maakt van de medische hulpmiddelen.*

****) SVHW gaat zorgvuldig om met persoonsgegevens en behandelt deze vertrouwelijk. De persoonsgegevens worden alleen verwerkt door personen met een geheimhoudingsplicht en voor het doel waarvoor deze gegevens zijn verzameld. Kijk voor het privacybeleid op www.svhw.nl.*

Informatie over start medisch afval

Wilt u ons informatie doorsturen waaruit blijkt per wanneer er sprake is van medisch afval?
Bijvoorbeeld: een pakbon van de medische hulpmiddelen, een verklaring van de leverancier medische hulpmiddelen of een stempel van de behandelend arts op het aanvraagformulier.

Stuurt u dit formulier ingevuld, ondertekend en met de gevraagde informatie op naar SVHW.

- Per e-mail: Diftar@svhw.nl
- Per post: SVHW, Cluster Heffen, Postbus 7059, 3286 ZH Klaaswaal

De vermindering van afvalstoffenheffing bij medisch afval is mogelijk voor inwoners van de gemeenten Altena, Albrandswaard, Goeree-Overflakkee, Hoeksche Waard en Krimpenerwaard.