

4 - SI LE BULLETIN EST REMPLI PAR UN TIERS POUR LE BENEFICIAIRE, VEUILLEZ PRECISER VOS COORDONNEES

M.

Mme

NOM : PRENOM(S) :

Né(e) le : à

Adresse :

Téléphone :

Agissant en qualité de :

Représentant légal

Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile

Médecin traitant

Autre (préciser) :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

Fait à le

Signature obligatoire

MERCI DE RETOURNER LE FORMULAIRE A LA MAIRIE DE PUYBEGON

LE VILLAGE

81390 PUYBEGON

Mail : mairiedepuybegon@orange.fr