

# 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

**À renvoyer à l'Administration communale de Mamer:**

par e-mail: [finances@mamer.lu](mailto:finances@mamer.lu)  
 par courrier: Administration communale de Mamer • Service financier • B.P. 50 • L-8201 MAMER

Les données récoltées dans ce formulaire sont nécessaires au traitement de votre dossier par les services de l'Administration communale, et le cas échéant par ses sous-traitants. Elles sont traitées de manière loyale et transparente conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), et conservées la durée nécessaire à ce traitement ainsi qu'au délai d'archivage légal applicable.

En cas de question au sujet du traitement des données personnelles, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données (DPD) à l'adresse [dpo@mamer.lu](mailto:dpo@mamer.lu).

Réservé à l'administration				
N° Pro Forma		N° Gescom		Montant alloué
Article budgétaire: <b>3/510/648120/99001</b>				