

Anmeldung



Bitte zurücksenden an:

**Abfallwirtschaftsverband
Nordschwaben
Weidenweg 1
86609 Donauwörth**

Sie erreichen uns telefonisch durchgehend:

Montag - Mittwoch 8.00 - 16.00 Uhr
Donnerstag 8.00 - 17.00 Uhr
Freitag 8.00 - 12.00 Uhr

Telefon- und Faxnummer:

Telefon 0906-7803-0
Telefax 0906-7803-99

Um Ihnen einen optimalen Service bieten zu können, benötigen wir Ihre Angaben vollständig.
Für Rückfragen ist Ihre Telefon-Nummer wichtig!

Anwesen / Objekt für das die Müllgefäße angemeldet werden:

Straße / Haus-Nr.

GKZ

PLZ / Ort

Name des Eigentümers

Tel.

Anschrift des Eigentümers

Falls das Anwesen vermietet wird:

Name des Mieters

Tel.

Folgende Gefäße werden angemeldet:

Größe Restmüll-gefäß	Anzahl Restmüllgefäße	Anzahl Papiertonnen 240 L	Anzahl Biotonnen 120 L
40 L	_____	_____	_____
80 L	_____	_____	_____
120 L	_____	_____	_____
240 L	_____	Anzahl Papiercontainer 1100 L	Anzahl Biotonnen Jumbo 240 L
1100 L	_____	_____	_____

Leerung ab: _____

Gebührenmarke am

_____ persönlich ausgehändigt

Haben Sie die Gefäße vom vorherigen Wohnort mitgebracht? ja nein

Wenn ja, von wo: _____

mit Gebührenmarke ohne Gebührenmarke

Angaben zur Gebäudenutzung (auch mehrere Nutzungen gleichzeitig möglich)

Wohnnutzung

Anzahl der Wohneinheiten: _____

davon leerstehende Wohnungen: _____

Personenzahl _____

Öffentliche / Sonstige Nutzung

Anzahl der beschäftigten Personen _____

Gewerbliche Nutzung

Art des Gewerbes _____

Anzahl der beschäftigten Personen _____

Bemerkungen:

Die Anmeldung kann nur mit der Unterschrift des Grundstückseigentümers erfolgen

Ort / Datum

Unterschrift des Grundstückseigentümers

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige hiermit den Abfallwirtschaftsverband Nordschwaben bis auf Widerruf von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Abfallwirtschaftsverband Nordschwaben auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungstermin, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN - - - - - | - - - - - | - - - - - | - - - - - | - - - - -

BIC - - - - - - - - - -

Bank / Kreditinstitut _____

Kontoinhaber in Druckbuchstaben _____

Ort / Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

