

Antrag auf 40 Liter zusätzliches Restmüllvolumen – Pflegebedürftigkeit



Senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular bitte an:

Bergischer Abfallwirtschaftsverband
Braunswerth 1-3
51766 Engelskirchen

E-Mail: engelskirchen@bavmail.de
Servicetelefon: 0800 805 805 3
Fax: 02263 805 531

Anschrift **Grundstückseigentümer:**

Kassenzeichen: **EK.** .

Kassenzeichen (siehe Gebührenbescheid)

Vorname und Nachname

Straße und Hausnummer

Telefon / E-Mail

Postleitzahl und Ort

Anschrift **Objekt-Anschrift:**

1. Nutzer: Vor- und Nachname

Straße und Hausnummer

2. Nutzer: Vor- und Nachname

51766 Engelskirchen

Postleitzahl und Ort

Telefon / E-Mail

Tragen Sie die **aktuelle** Behälteranzahl der Restmülltonnen ein:

Anzahl: _____ x 80 l | _____ x 120 l | _____ x 240 l | _____ x 1.100 l

Tragen Sie die **gewünschte** Behälteranzahl der Restmülltonnen ein:

Anzahl: _____ x 80 l | _____ x 120 l | _____ x 240 l | _____ x 1.100 l

Anzahl der im Haushalt lebenden Personen: _____

Ort, Datum

Unterschrift Grundstückseigentümer

Ärztliche Bestätigung der Inkontinenz

der Frau / des Herrn _____ geboren am _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift