



Antrag auf eine gesonderte Freimenge für Inkontinenzwindeln

für

Veranlagungsjahr

2024

von

bis

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

Die medizinische Notwendigkeit wird bestätigt

Ort, Datum

Name, Unterschrift (Arzt/Ärztin)
Praxisstempel

Az. Finanzamt (Einheitswertnummer)

130/ _ _ _ - _ - _ _ _ _ _ . _ _

Nummer des Restabfallbehälters *

* bei Gemeinschaftsbehältern bitte Vermieter*in informieren.

Antragsteller*in

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Emailadresse **

Telefonnummer **

Datenschutzhinweis und Einverständniserklärung

Die oben genannten Daten werden für die Berechnung der Abfallgebühren erhoben, verarbeitet und gespeichert. Erhält ein Dritter (z. B. Grundstückseigentümer, Hausverwalter) den Bescheid über die Festsetzung der Abfallgebühren, so erhält er auch Kenntnis von der Antragstellung und den für die Berechnung der Gebühren notwendigen Daten. Ich stimme der Verarbeitung der Daten zu.

Ort, Datum

Unterschrift (Antragsteller*in)

** freiwillige Angabe