



Gemeinde Bad Salzschlirf

Müllgefäßänderung

Name, Vorname

PLZ, Ort, Straße, Hausnummer

Meine Restmülltonne: 1201 2401 6601 11001

14 tägige Leerung 4wöchentliche Leerung

soll in ein Gefäß 1201 2401 6601 11001

14 tägige Leerung 4wöchentliche Leerung

geändert werden

Die Ummeldegebühr in Höhe von 10,-- € kann einmalig von meinem Konto abgebucht werden.

KtoNr.

BLZ

Bank

Meine 1201 2401 6601 11001 **Restmülltonne** ist defekt und soll ausgetauscht werden.

Meine 1201 2401 **Biotonne** ist defekt und soll ausgetauscht werden.

Meine 1201 2401 11001 **Papiertonne** ist defekt und soll ausgetauscht werden.

Meine 1201 2401 11001 **Gelbe Tonne** ist defekt und soll ausgetauscht werden.

Bad Salzschlirf, den _____

Unterschrift