

Gemeinde Bad Salzschlirf



Müllgefäßänderung (Umstellungsgebühr i.H.v. 10,00 €)

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Hiermit beantrage ich nachfolgende Müllgefäßänderung:

Meine Restmülltonne 120 1 240 1 360 1 660 1 1100 1
 14 tägige Leerung 4 wöchentliche Leerung

ist defekt und soll ausgetauscht werden.

Meine Biotonne 120 1 240 1 ist defekt und soll ausgetauscht werden.

Meine Papiertonne 240 1 1100 1 ist defekt und soll ausgetauscht werden.

Meine Gelbe Tonne 240 1 1100 1 ist defekt und soll ausgetauscht werden.

Meine Gewerbetonne 120 1 240 1 360 1 660 1 1100 1
 1100 1 auf Abruf wöchentliche Leerung
 14 tägige Leerung 4 wöchentliche Leerung

ist defekt und soll ausgetauscht werden.

Kurze Beschreibung des Defekts:

(z. Bsp. Tonnendeckel nicht auffindbar, Griff eingerissen, Rad defekt)

Ihre Telefonnummer bei Rückfragen: _____

Bad Salzschlirf, den _____

Unterschrift