

Absender	
Name, Vorname:	
Straße / Nr.:	
PLZ / Ort:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	

An die
Stadt Düren
Amt für Finanzen
Abt. Steuern
52348 Düren

Antrag auf und Nachweis über die Reduzierung des Mindest-Restmüll-Gefäßvolumens unter 15 Liter pro Einwohner und Woche (l/E/Wo)

	Anschrift Grundstückseigentümer/-in, Hausverwaltung
Name, Vorname	
Anschrift:	
Telefon/Fax/E-Mail	

Bitte hier die gewünschten Änderungen für Restabfallbehälter an Ihrem Objekt eintragen! Bitte je Grundstück ein separates Formular verwenden !

Grundstück (Straße, Hs.-Nr.)	Anzahl der <u>Einwohner</u> (BITTE UNBEDINGT EINTRAGEN!!)	Anzahl der <u>Beschäftigten</u> (BITTE UNBEDINGT EINTRAGEN!!)	Anzahl/Größe Restabfalltonnen derzeit vor Ort	Anzahl/Größe Restabfalltonnen zukünftig gewünscht
			___ Stück ___ Liter	___ Stück ___ Liter
			___ Stück ___ Liter	___ Stück ___ Liter
			___ Stück ___ Liter	___ Stück ___ Liter

Hiermit weise ich nach, dass an meinem Objekt dauerhaft weniger als 15 l/E/Wo Restabfall anfallen.

GRÜNDE: _____

Der Antragsteller verpflichtet sich, alle auf dem angegebenen Grundstück anfallenden Abfälle und Wertstoffe in die satzungsgemäß vorgesehenen Behälter zu entsorgen und Kontrollen satzungsgemäß zuzulassen.

Datum: _____

Unterschrift Eigentümer/-in/Hausverwaltung

Entscheidung des DSB:

- () Dem Antrag wird entsprochen.
() Dem Antrag wird **nicht** entsprochen – siehe beigefügter Bescheid.