

Absender - Name, Vorname des Eigentümers:	Straße, PLZ, Ort:	Kassenzeichen:

Landratsamt Schweinfurt
 Sachgebiet 43
 Postfach 14 50
 97404 Schweinfurt

Härteregelung bei den Abfallgebühren im Landkreis Schweinfurt

Bestätigung des Arztes

Als behandelnder Arzt bestätige ich, dass wegen Krankheit in erheblichem Umfang und auf Dauer nicht vermeidbare Abfälle anfallen.

Herrn / Frau _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

☐ Eine Nachuntersuchung ist nicht erforderlich.

☐ Eine Nachuntersuchung ist in _____ Monaten erforderlich.

Ort, Datum:

Stempel, Unterschrift Arzt

Antrag auf (bitte jeweils ankreuzen):

☐ zusätzliche 120 Liter Restmülltonne ohne Grundgebühr

☐ ohne Schloss

☐ 240 Liter Restmülltonne für die Grundgebühr einer 120 Liter Restmülltonne
 (im Austausch gegen die vorhandene 120 Liter Restmülltonne)

☐ mit Schloss
 (einmalige Gebühr 25,00 €)

☐ 240 Liter Restmülltonne ist bereits vorhanden
 (Umwandlung der Grundgebühr von monatlich 6,10 € auf 3,05 €)

Falls Antragsteller nicht selbst betroffen ist: o. g. Person lebt bei mir im Haushalt.

Ort, Datum:

Unterschrift des Eigentümers/der Eigentümerin:
