



# Antrag auf eine gesonderte Freimenge für Inkontinenzwindeln

**für**

Veranlagungsjahr

von

-

bis

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

## Die medizinische Notwendigkeit wird bestätigt

Ort, Datum

---

Name, Unterschrift (Arzt/Ärztin)  
Praxisstempel

---

Az. Finanzamt (Einheitswertnummer)

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