

Absender/in

**Abfallwirtschaftsbetrieb
Landkreis Emsland (AWB)**
Postfach 15 62
49705 Meppen

Besucheradresse
Herzog-Arenberg-Str. 12
49716 Meppen

Auftrag zur Nachleerung einer fehlbefüllten Biotonne

- Bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben an den AWB senden -

Teil-Nr.	05931/5996-99
Fax-Nr.	05931/5996-100
E-Mail	info@awb-emsland.de

1. Grundstückslage/Behälterstandort

Kassenzeichen - falls bekannt!	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	

2. Grundstückseigentümer/Rechnungsempfänger

1. (Eigentümer) Name/n	Vorname/n	
2. falls abweichend oder Mieter/Hausverwaltung: Name	Vorname	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon (tagsüber erreichbar)	Fax	E-Mail

3. Folgende/n Bioabfallbehälter melde ich hiermit zur kostenpflichtigen Nachleerung als Restabfall an:

Biotonne/n (Anzahl)	Behälternummer/n (6-stellig; siehe Aufkleber linke Behälterseite)	Nächster, regulärer Leerungstermin der Biotonne/n lt. Abfuhrkalender
-------------------------------	-------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

4. Ergänzungen/Bemerkungen

--

Hinweis

Über den Nachleerungstermin werden Sie schnellstmöglich telefonisch informiert. Bitte geben Sie eine Rufnummer an, unter der Sie tagsüber erreichbar sind! Der fällige Betrag wird auch bei Vorliegen einer SEPA-Lastschriftklärung **nicht vom Konto eingezogen**; Sie erhalten darüber eine gesonderte Rechnung.

Hiermit beauftrage ich die kostenpflichtige Nachleerung für den/die o. g. Abfallbehälter zum Preis von 22,00 €/St.

Ort, Datum

Unterschrift

Wird vom AWB ausgefüllt!

<input type="checkbox"/> <i>RepAuftrAthos</i> Nachleerungstermin: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<input type="checkbox"/> <i>Bht/256</i> <i>KoA 400319</i> <i>KStil 802010</i> <input type="checkbox"/> <i>Re erst.</i>
<input type="checkbox"/> <i>Termininfo erl.</i> Datum/Kzl							

08.23