

STADT MÖRFELDEN-WALLDORF
DER MAGISTRAT



Stadt Mörfelden-Walldorf
Amt für Umwelt
Postfach 1455
64546 Mörfelden-Walldorf

Durchwahl: 06105 / 938 - 333
Telefax: 06105 / 938 - 969
abfallberatung@moerfelden-walldorf.de
www.moerfelden-walldorf.de

Aufstellung von Abfallbehältern
hier: Einverständniserklärung des Eigentümers

Ich/wir bitte(n) davon Kenntnis zu nehmen, dass ich/wir:

Name, Vorname

Straße, PLZ, Wohnort

für das Grundstück _____
Straße / Hausnummer

folgende Person/en bis auf Widerruf bevollmächtigte(n) eigene Abfallbehälter zu bestellen oder Abfallbehälter in meinem/unseren Namen zu bestellen oder zu ändern:

Name, Vorname

Straße, PLZ, Wohnort

Beide Parteien nehmen zur Kenntnis, dass Steuer- und Gebührenpflichtig derjenige ist, wer im Zeitpunkt der Bekanntgabe des Steuer- und Gebührenbescheides Eigentümer des Grundstücks ist (§ 10 Abs. 1 Grundsteuergesetz, § 15 Abs. 1 der Abfallsatzung).

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift Grundstückseigentümer/in

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift Bevollmächtigte/er

An
Stadt Mörfelden-Walldorf
Amt für Finanzen - Stadtkasse -
Flughafenstraße 37
64546 Mörfelden-Walldorf

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE31ZZZ00000041315

Mandatsreferenz:
Wird separat mitgeteilt

SEPA- Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Stadt Mörfelden-Walldorf, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Mörfelden-Walldorf auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber/in)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

Nur angeben, wenn Zahlungspflichtige/r und Kontoinhaber/in NICHT identisch:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Zahlungsverpflichtungen aus nachstehend angegebenen Abgaben von Herrn/Frau

Vorname und Nachname

DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Kassenzeichen: _____

Nummer des Abgabenbescheids vollständig angeben, sofern bekannt

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hundesteuer | <input type="checkbox"/> Spielapparatesteuer | <input type="checkbox"/> Miete |
| <input type="checkbox"/> Zweitwohnungssteuer | <input type="checkbox"/> Betreuende Grundschule/Verpflegung | <input type="checkbox"/> Pacht |
| <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer | <input type="checkbox"/> Kindergarten/Verpflegung | <input type="checkbox"/> Musikschule |
| <input type="checkbox"/> Grundbesitzabgaben | <input type="checkbox"/> Fehlbelegungsabgabe | <input type="checkbox"/> Wettaufwandsteuer |

Bitte das unterzeichnete Formular im Original zurücksenden. Eine Übermittlung per Fax oder Email ist nicht zulässig.

Datenschutzhinweise - siehe Rückseite.

Datum

Unterschrift des/der Auftraggebers/in

Datenschutzhinweise:

Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Amt für Finanzen und über Ihre Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung sowie über die Ansprechpartner bei Datenschutzfragen finden Sie unter www.moerfelden-walldorf.de unter der Rubrik „Steuern und Gebühren“. Sofern Sie Online-Inhalte nicht einsehen können, nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf, damit wir Ihnen die Informationen in geeigneter Form zur Verfügung stellen können.