



UMSTELLUNG ABFUHRINTERVALL MÜLLTonne/ MÜLLCONTAINER

Eigentümer

Familienname, Akad. Grad (abgekürzt)

Vorname

Telefonnummer

Straße

Haus-Nr.

Tür-Nr.

Land

Postleitzahl

Ortsgemeinde

Behälter

☐ Restmülltonne

☐ Restmüllcontainer

Abfuhrmöglichkeit

Restmüllabfuhr:

Umstellung von:

Umstellung auf:

☐ 1-wöchig

☐ 1-wöchig

☐ 2-wöchig

☐ 2-wöchig

☐ 4-wöchig

☐ 4-wöchig

☐ 6-wöchig

☐ 6-wöchig

Umstellung ab

☐ Jänner

☐ April

☐ Juli

☐ Oktober

Objektadresse

Straße

Haus Nr.

Tür-Nr.

Datum:

Unterschrift Sachbearbeiter:

Unterschrift Antragssteller: