



Antrag auf Eingliederung

Hiermit beantrage ich, für die Ermittlung des Mindestrestabfallvolumens und damit verbunden, die Berechnung der Abfallgebühr die nachstehend genannte/n Person/en in meinen Haushalt einzugliedern.

Ich versichere, daß die Person/en nicht über eine eigene Küche bzw. Kochnische verfügt / verfügen und mit mir einen gemeinsamen Haushalt führt / führen.

Post- und Besucheradresse:
Kreisverwaltung Kaiserslautern
Lauterstraße 8
67657 Kaiserslautern

Telefon (0631) 7105 - 329/ - 405
- 433/ - 435
- 508

Telefax (0631) 7105 - 449

Antragsteller/in:

(Haushalt, in den eingegliedert werden soll)

Name, Vorname

Straße Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer Antragssteller/in

Unterschrift

Angaben zum / zur Wohnungs- / Hauseigentümer/in:

Name, Vorname, Adresse

Angaben zu der/den einzugliedernden Person/en:

_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum