

## Antrag auf Wechsel des Abfuhrhythmus der Restabfallbehälter

Zweckverband Ostholstein  
Abteilung KMK  
Wagrienring 3-13  
23730 Sierksdorf

Rücksendung per Post od. Fax (04561) 399-289  
E-Mail: kundenservice@zvo.com

Kunden- und Einsatzstellennummer entnehmen  
Sie bitte Ihrem letzten Abfallgebührenbescheid.

\* = Pflichtfelder

**Kundennummer** (beginnt mit der Ziffer 2)

**Einsatzstellennummer** (beginnt mit der Ziffer 9)

**Name und Anschrift** Grundstückseigentümer\* Verwalter\* seit/ab  
\* Falls Sie das Objekt verwalten, senden Sie uns bitte Ihre schriftliche Bevollmächtigung.

Name\* Vorname\* Telefonnummer für Rückfragen

Straße/Hausnummer\* PLZ\* Ort\*

Geburtsdatum E-Mail

Straße/Hausnummer des Grundstücks  
(falls abweichend) PLZ Ort

Gemäß § 10 Ziff. 2 der Abfallwirtschaftssatzung des Kreises Ostholstein vom 17.03.2005 in der aktuellen Fassung unter Beachtung der Getrenntsammlungen von Abfällen, insbesondere der Bioabfälle, stelle/n ich/wir für das oben angegebene Grundstück den

### Antrag auf Abfuhr der Restabfallbehälter im 4-wöchentlichen Rhythmus ab dem:

(bitte Datum angeben)

Ich/wir versichere/versichern, dass auf dem Grundstück Personen leben.

Ich/wir werde/n jede auftretende Änderung unverzüglich anzeigen. Mir/uns ist bekannt, dass eine unterlassene Anzeige den Widerruf der o. g. Wechsels vom 1. Tag des Monats zur Folge hat, in dem die Tatsachen bekannt werden, die einen Wechsel ausschließen. Mit einer Überprüfung meiner Angaben vor Ort bin ich einverstanden.

**Datenschutzhinweis:** Hiermit bestätige ich, die Datenschutzhinweise der ZVO-Unternehmensgruppe gelesen zu haben. Diese sind als Anlage zu diesem Formular oder online unter [www.zvo.com/datenschutz](http://www.zvo.com/datenschutz) zu finden.

Ort/Datum

Unterschrift Grundstückseigentümer/Pächter

