



Burgenländischer Müllverband

7350 Oberpullendorf, Rottwiese 65
Telefon 02612/42482, Fax 02612/42482-18
e-mail: office@bmv.at

Revision 4

Antrag auf Zuweisung einer Windeltonne

Name (Pflegefall):, geboren am:

Adresse:
Straße Hausnummer PLZ Ort

Telefonnummer für Rückfragen:

Anlagen-Nr.:, Kunden-Nr.:

Ich habe meinen Hauptwohnsitz auf der angegebenen Adresse. Aufgrund einer Erkrankung bin ich pflegebedürftig und benötige Einwegwindeln (siehe beiliegende Bestätigung des Hausarztes). Ich ersuche daher um Zuweisung einer Windeltonne.

Ich versichere, wahrheitsgetreue Angaben gemacht zu haben. Änderungen der Voraussetzungen werde ich unverzüglich melden. Mir ist bewusst, dass Vergünstigungen, die aufgrund unrichtiger Angaben gewährt werden, zu Ersatzansprüchen führen.

.....
Unterschrift

Beilage

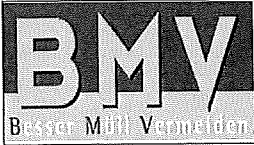
Bestätigung des Hausarztes über die Notwendigkeit von Einwegwindeln

Das vollständig ausgefüllte Formular ist an den BMV (Adresse siehe oben) zu übermitteln.

Erstellt: Fr. Zagler
FO Zuweisung Windeltonne Rev4.doc
Datum: 01.04.2019

Freigegeben: GF Johann Janisch

Datum: 01.04.2019



Burgenländischer Müllverband

7350 Oberpullendorf, Rottwiese 65
Telefon 02612/42482, Fax 02612/42482-18
e-mail: office@bmv.at

Revision 1

Bestätigung – Bedarf an Einwegwindeln

Von mir

wird ärztlich bestätigt, dass

Herr / Frau:, geboren am

wohnhaft in

aufgrund einer spezifischen Erkrankung laufend Einwegwindeln benötigt.

....., am

Arztstempel und Unterschrift

Erstellt: Sabine Zagler
FO Arztbestätigung Rev.1.doc
Datum: 20.6.2017

Freigegeben: GF Johann Janisch

Datum: 20.6.2017