

Haushalte Antrag um Zusatzvolumen

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,
füllen Sie das Formular gänzlich aus. Unvollständige
Abmeldungen können wir nicht bearbeiten und sind
daraus ungültig. Bitte geben Sie unbedingt eine Telefon-
nummer und E-Mail-Adresse an, damit wir Sie im
Bedarfsfall erreichen können.

Ich unterfertigte/r Vertragsinhaber/in.:

Geboren in:

Geboren am:

Steuernummer:

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Wohnhaft in:

Straße, Nr., Intern:

Telefon/Mobil:

E-Mail:

bin mir bewusst, dass für Falschangaben gemäß Art. 76
des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000 Strafen laut Straf-
gesetzbuch vorgesehen sind und **BEANTRAGE** für
untenstehende Räumlichkeiten und Flächen

Adresse:

Katastralgemeinde:

Kod. K.G.:

Blatt:

Bauparzelle:

B.E.:

Der Vertragsinhaber ist

- ☐ Eigentümer
☐ Fruchtnießer
☐ Sonstiges
☐ Gesetzlicher Vertreter
☐ Mieter

ein **zusätzliches Restmüllvolumen von 1.300 Litern***
pro Person für folgende in den **obgenannten Räumlich-
keiten wohnhaften Personen**, die aus Krankheitsgrün-
den mit ärztlicher Bestätigung Windelhosen, bzw. -ein-
lagen verwenden:

Vor- und Zuname:

Wichtig:

*Es handelt sich hierbei nicht um eine Tarifvergünsti-
gung sondern um eine Erhöhung der im Mindesttarif
enthaltenen Liter. Wenn Sie in einem Kondominium woh-
nen, werden diese Liter auf die Kondominiumstonne
gutgeschrieben.

Ich habe die Informationen über die Verarbeitung personen-
bezogener Daten gemäß Artikel 13 und 14 der EU-Verordnung
2016/679 gelesen und erteile die Zustimmung zur Verarbei-
tung meiner personenbezogenen Daten (besondere Kategorien
personenbezogener Daten – sensible Daten) von der SEAB AG
(Verantwortlicher der Datenverarbeitung), damit der Antrag
auf zusätzliches Volumen genehmigt werden kann. Für die
vollständige Datenschutzerklärung besuchen Sie die Website
www.seab.bz.it unter [Privacy](#).

Datum

Unterschrift:

Zustelladresse:

SEAB AG, Lanciastraße 4A, 39100 Bozen
info@seab.bz.it, Fax: 0471/541767

Für Informationen: 800 013 066

Datum, Unterschrift:

Anlagen: Kopie des gültigen Personalausweises

Kopie der ärztlichen Bestätigung der Verwendung von Windelhosen oder des Etikettenblattes für die Apotheke