



## 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

**Befragung**: Bestätigung des Hausarztes über die Notwendigkeit von Einwegwindeln

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

<b>Erstellt:</b> Fr. Zagler FO Zuweisung Windeltonne Rev4.doc Datum: 01.04.2019	<b>Freigegeben:</b> 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
--