



**Burgenländischer Müllverband**

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

Revision 5

## *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. 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.

.....  
Datum, Unterschrift Kunde

---

**Bestätigung des Hausarztes, dass für die oben genannte Person aufgrund einer spezifischen Erkrankung laufend Einwegwindeln benötigt werden.**

-----  
Arztstempel, Datum und Unterschrift

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

Erstellt: Frau Weber  
FO Zuweisung Windeltonne Rev5.doc  
Datum: 20.07.2023

Freigegeben: GF Johann Janisch

Datum: 20.07.2023