

Hundesteuer-Anmeldung

Gläubiger-ID: DE 65ZZZ00000397857



Gemeinde Lossatal
OT Falkenhain
Karl-Marx-Straße 14
04808 Lossatal

1.1. Personenangaben der Halterin/des Halters

Name, Vorname	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Straße, Haus-Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>

1.2. Beginn der Hundehaltung in der Gemeinde Lossatal

Tag/Monat/Jahr angeben	<input type="text"/>
------------------------	----------------------

1.3. Angaben zum Hund

Name	<input type="text"/>
Alter, Jahre/Monate angeben	<input type="text"/>
Rasse	<input type="text"/>
Farbe	<input type="text"/>
Chip-Nr. (wenn vorhanden)	<input type="text"/>
gefährlicher Hund	<input type="checkbox"/>
Anzahl weiterer Hunde im Haushalt	<input type="text"/>

1.4. Herkunft des Hundes/ Vorbesitzer

Name, Vorname	<input type="text"/>
Straße, Haus-Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>

1.5. bei Umzug oder Wechsel des Hundehalters ausfüllen

Anschrift bisheriger Stadt/ Gemeinde:	<input type="text"/>
bisherige Steuernummer:	<input type="text"/>
Hundesteuer entrichtet bis:	<input type="text"/>

1.6. Antrag: Befreiung oder Ermäßigung gemäß §§ 7 und 8 der Hundesteuersatzung

.....
.....(Nachweise beifügen)

.....
Ort, den

.....
Unterschrift(en) des/der Hundehalter

Bitte drucken Sie das Formular aus und unterschrieben an die Gemeindeverwaltung Lossatal, Karl-Marx-Straße 14, 04808 Lossatal OT Falkenhain versenden.

2. Erklärung

Kontoinhaber:

Name, Vorname

Straße/ Hausnummer

Postleitzahl/ Ort

IBAN

BIC

Kreditinstitut/Bank

Erteilung der Ermächtigung für den Einzug der Hundesteuer in der jeweils fälligen Höhe zu den Fälligkeiten zu Lasten des oben angegebenen Kontos durch Lastschrift.

2. Unterschriften

(1) Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Gemeinde Lossatal, Zahlungen von o.g. Bankverbindung mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto bzw. meinen/unsere Konten gezogenen SEPA-Basislastschriften einzulösen.

(2) Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

(3) Wenn mein/unser Konto bzw. meine/unsere Konten die erforderliche Deckung nicht aufweist/ aufweisen, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Ich/Wir werde(n) für ausreichend Kontodeckung sorgen und erkläre(n) hiermit ausdrücklich, wegen fehlender Kontodeckung anfallende Rücklastschriftgebühren an die Gemeinde Lossatal zu zahlen.

Ort, den

.....
Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen/Bevollmächtigten

Ort, den

.....
Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)

Bitte drucken Sie das Formular aus und unterschrieben an die Gemeindeverwaltung Lossatal, Karl-Marx-Straße 14, 04808 Lossatal OT Falkenhain versenden.