

Stadt Schrozberg
 z.Hd. Frau Layher
 Krailshausener Str. 15
 74575 Schrozberg

Zutreffendes bitte ankreuzen X oder ausfüllen

Neue Marke Nr:

Adr.-Nr.

Anmeldung eines Hundes

Obj.Nr:

Hundehalter:

Hinweis: Die Steuerpflicht gilt je Haushalt. Weitere im Haushalt gehaltene Hunde müssen als Zweithund angegeben werden.

Name	Vorname
Straße, Haus Nr.	E-Mail (freiwillige Angabe)
Postleitzahl und Ort	Telefon (tagsüber)

Beschreibung des Hundes:

1.

Rasse	Geschlecht <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Farbe	Alter (Jahre)
<input type="checkbox"/> gefährlicher Hund	Name des Hundes:		
Besondere Angaben			
Das Tier wird gehalten seit:			
Der Hund/die Hündin wurde schon einmal zur Hundesteuer veranlagt		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ort der Haltung	Zeitraum der Haltung	Summe der Hundesteuer	

Zweithunde: Weitere Hunde die angemeldet werden:

2.

Rasse	Geschlecht <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Farbe:	Alter (Jahre):
			Name des Hundes:

Die Hundesteuermarke(n) erhalten Sie mit dem Hundesteuerbescheid

Datum, Ort: _____ Unterschrift: _____

Zahlungsempfänger: Stadt Schrozberg Krailshausener Str. 15 74575 Schrozberg Deutschland	Gläubiger-Identifikationsnummer: DE33ZZZ00000062522 Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT
SEPA-Basislastschriftmandat	
Ich ermächtige die Stadt Schrozberg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Schrozberg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.	
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Das Mandat gilt für oben genannte wiederkehrende Forderung(en) der Stadtverwaltung Schrozberg.	
Zahlungspflichtiger und Kontoinhaber	
Zahlungspflichtiger/ Schuldner:	_____
Vorname und Name/ Firma (Kontoinhaber):	_____
Straße und Hausnummer:	_____
Postleitzahl und Ort:	_____
Kreditinstitut (Name)	_____
BIC: (bitte unbedingt angeben)	_____ _____
IBAN: (bitte unbedingt angeben)	DE ____ ____ ____ ____ ____ ____
Ort, Datum	_____
Unterschrift/ Stempel	_____
Das Formular ist nur mit Datum und Originalunterschrift gültig. Formulare, die in Kopie, per Fax oder per E-Mail eingereicht werden, sind ungültig!	