

Absender/in
-------------

Bitte zurücksenden an:  Gemeinde Niederorschel Bergstraße 51 37355 Niederorschel
--

## Hundesteueranmeldung

**Hinweis:** Bitte füllen Sie für jeden Hund ein gesonder-tes Formular aus!

Finanzadresse (FAD)
---------------------

### 1. Hundehalter/in

Familiename		Vorname	
Straße		Hausnummer	PLZ
Geburtsdatum		Telefon	E-Mail

### 2. Vorherige/r Hundehalter/in

War der Hund bereits versteuert? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, bis wann?	Wenn ja, in welcher Gemeinde?	
Familiename		Vorname	
Straße		Hausnummer	PLZ

### 3. Angaben zum Hund

Hunderasse/Kreuzung (bei Mischling, Angabe der Kreuzung erforderlich)		Farbe	Besonderes Merkmal
Alter/Wurfzeitpunkt	Beginn der Haltung in der Gemeinde	Geschlecht	Rufname/Zuchname

### 4. Kennzeichnung des Hundes

Hundesteuermarke	Nummer der Haftpflichtversicherung ( <b>Dem Formular ist zwingend eine Kopie des Versicherungsscheins beizufügen!</b> )		
Mikrochip-Kennnummer nach ISO-Standard 11784 und 11785  Hier Strichcode einkleben!		<b>Soweit die nebenstehenden Nachweise nicht erbracht werden können, ist die Kennzeichnung des Hundes durch einen Tierarzt zu bestätigen:</b>	
<b>(Dem Formular ist zwingend eine Kopie des Nachweises vom Tierarzt oder eine Kopie des aktuellen Heimtierausweises beizufügen!)</b>		Unterschrift/Stempel des Tierarztes	

### 5. Bankverbindung

Bankeinzug erwünscht? Ja  Nein

#### A. Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige/n Sie hiermit widerruflich, die von mir/uns zu zahlenden Leistungen für bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Weist mein/unsere Konto die erforderliche Deckung nicht auf, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Nach Benachrichtigung durch die Verwaltungsgemeinschaft „Eichsfelder Kessel“ über die Umstellung auf die SEPA – Lastschrift gilt das folgende SEPA – Lastschriftmandat, die Einzugsermächtigung erlischt dann.

#### B. SEPA – Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige/n Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unsere Kreditinstitut an, die von Ihnen auf meinem/unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann/können. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Name, Anschrift)	Kreditinstitut
IBAN	BIC

**Ich versichere/Wir versichern, dass ich/wir die Angaben in diesem Formular wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe/n.**

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------