

Anmeldung zur Hundesteuer

Markt Großheubach, Rathausstr. 9, 63920 Großheubach, Tel.: 09371-4099-45



1. Angaben zum/zur Hundehalter/in

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

2. Angaben zum Hund

Art/Rasse: _____

Farbe: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Kampfhund (siehe Rückseite): ja nein

Weitere Hunde (2. Hund): ja nein

Geschl. Ortsrandlage: ja nein

Einöde oder Weiler: ja nein

Rassehund, nachweislich
nur für Zuchtzwecke: ja nein

Berufsjäger/Forstbediensteter/
Inhaber eines Jagdscheins/ ja nein

Überw. Haltung Jagd- od. Forstschutz:

Wurfdatum: _____

Im Besitz seit: _____

Mit dem Hund am _____ von _____ zugezogen.

Der Hund wurde von _____

Name, Adresse

_____ übernommen/gekauft.

Hundemarke-Nr.: _____



Bitte wenden!

Hinweis für Kampfhunde:

Kategorie 1:

(1) Bei den folgenden Rassen und Gruppen von Hunden sowie deren Kreuzungen untereinander oder mit anderen Hunden wird die Eigenschaft als Kampfhunde stets vermutet:

- Pit-Bull
- Bandog
- American Staffordshire Terrier
- Staffordshire Bullterrier
- Tosa-Inu

Kategorie 2:

(2) Bei den folgenden Rassen von Hunden wird die Eigenschaft als Kampfhunde vermutet, solange nicht der zuständigen Behörde für die einzelnen Hunde nachgewiesen wird, dass diese keine gesteigerte Aggressivität und Gefährlichkeit gegenüber Menschen oder Tieren aufweisen:

- Alano
- American Bulldog
- Bullmastiff
- Bullterrier
- Cane Corso
- Dog Argentino
- Dogue de Bordeaux
- Fila Brasileiro
- Mastiff
- Mastin Espanol
- Masitno Napoletano
- Perro de Presa Canario
- Perro de Presa Mallorquin
- Rottweiler

Ich versichere, dass mein Hund keine der o.g. Rassen zuzuordnen bzw. keine Mischung/Kreuzung mit diesen Rassen ist.

Großsheubach, _____

Datum

Unterschrift

SEPA – Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger	Markt Großheubach, Rathausstr. 9, 63920 Großheubach
Gläubiger-ID	DE89ZZZ00000382487
FAD/Mandatsreferenz	

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise: 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.

Meine/Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/wir von meinem/unserem Kreditinstitut erhalten kann/können.

Name des Kontoinhabers: _____
Name und Vorname

Anschrift des Kontoinhabers: _____
Straße *Hausnummer*

_____ _____
Postleitzahl *Ort*

Land

Kreditinstitut: _____
Name und Ort

Konto: _____
BIC (Business Identifier Code)

IBAN (International Bank Account Number)

Unterschrift(en): _____
Ort *Datum*

Unterschrift(en)