



## SÜLYSÁP VÁROS ÖNKORMÁNYZATA

2241 Sülysáp, Szent István tér 1.  
tel.: 06-29/435-001, fax: 06-29/435-003  
www.sulysap.hu, onkormanyzat@sulysap.hu



# IGÉNYLŐLAP

komposztáló eszköz igénylésére

*Sülysáp Város Önkormányzatának 8/2009. (X. 15.) sz. rendelete alapján*

Jelentkező neve: \_\_\_\_\_

Születési neve: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Születési hely, idő: \_\_\_\_\_

Lakcímkártyán szereplő állandó lakcím: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lakcímkártyán szereplő tartózkodási hely: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A komposztálás helye: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonszám: \_\_\_\_\_

E-mail cím: \_\_\_\_\_

- *Aláírással kijelentem, hogy az elmúlt három évben nem kaptam Sülysáp Város Önkormányzatától komposztálási eszközöket, valamint vállalom a fenti rendeletben leírt kötelezettségeket.*
- *Aláírással kijelentem, hogy helyi köztartozásom nincs.*

### **Kötelezettségek:**

1. Vállalom, hogy az átadott komposztáló eszközt rendeltetésszerűen használom legalább 3 évig.
2. Vállalom az időközi ellenőrzéseknél az eszközök rendeltetésszerű használatának bemutatását.
3. Vállalom, hogy az eszköz használatbavételének időpontjától nem végzek hulladékégetést az ingatlanomon.

Sülysáp, 20... (év). ..... (hó) ..... (nap)

\_\_\_\_\_  
Igénylő aláírása