

Stadt Herne
 Fachbereich Umwelt und Stadtplanung
 Untere Wasserbehörde
 Postfach 10 18 20
 44621 Herne

**Antrag auf
 Genehmigung der
 Indirekteinleitung von
 amalgamhaltigem
 Abwasser**

Hinweis
 Bitte reichen Sie die
 Antragsunterlagen 2-fach ein.

1. Einleitende Zahnarztpraxis

Name			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort Herne
Telefon	Telefax		E-Mail

2. Ansprechperson für das Genehmigungsverfahren (falls abweichend von 1.)

Name der juristischen Person	Name/Ansprechperson bei jur. Personen		Vorname
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon	Telefax		E-Mail

3. Amalgamabscheider

Hinweis: Bitte füllen Sie für jedes in Betrieb genommene oder bestellte Gerät einen Beschreibungsbogen aus (siehe Folgeseite).

Anzahl Amalgamabscheider

in Betrieb	bestellt
------------	----------

 Amalgamabscheider sind noch nicht bestellt.

4. Ergänzungen / Bemerkungen

5. Anlagen – Antragsunterlagen (2-fach)

6. Unterschrift

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

Beschreibungsbogen für Amalgamabscheider

Hinweis: Bitte füllen Sie für jedes in Betrieb genommene oder bestellte Gerät einen Beschreibungsbogen aus.

1. Hersteller/in

Name			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

2. Gerät

Gerätetyp	Geräte-Nummer	Kapazität laut Herstellerangabe I / min	Abscheidungsgrad laut Herstellerangabe %
-----------	---------------	--	--

3. Prüfzeichen vom Institut für Bautechnik in Berlin

Das Prüfzeichen vom Institut für Bautechnik in Berlin ist erteilt (sofern vorhanden, bitte Kopie beifügen)
 nicht erteilt
 mir unbekannt

Die Bauartzulassung vom Landesamt für Wasser und Abfall NRW ist

geführt im "Verzeichnis der bauartzugelassenen Amalgamabscheider" des Landesamtes für Wasser und Abfall NRW

unter

Nummer

nicht erteilt

mir unbekannt

Das Gerät ist

eingesetzt seit

Datum

bestellt

in einen Behandlungsplatz interiert

Abwasseranfall bei Betrieb des Behandlungsplatzes

I / min

dient der Reinigung des Abwassers aus

Anzahl

Behandlungsplätzen

4. Wo ist das Gerät aufgestellt? (eventuell Handskizze beifügen)

--

5. Abwasseranfall

Abwasseranfall bei gleichzeitigem Betrieb aller angeschlossenen Behandlungsplätze

I / min

6. Unterschrift

Für die Richtigkeit

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