

Antrag zum Einleiten von amalgamhaltigem Abwasser aus Zahnarztpraxen

Erteilen einer Indirekteinleitergenehmigung

Erteilen einer Verlängerungsgenehmigung

An den Landkreis Cuxhaven Amt Wasser und Abfallwirtschaft 27470 Cuxhaven	Eingangsvermerke der Behörde
---	------------------------------

Antragsteller/in:

Antragsdatum:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Persönlich haftende(r) Gesellschafter/in: (falls nicht identisch mit Antragsteller):

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Anschrift der Praxis, aus der die Einleitung erfolgt:

Name: _____

Anschrift: _____

Flur: _____ Flurstücksbezeichnung: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Spez. Ansprechpartner/in in der Praxis: _____

Angaben zur Praxis (Mehrfachankreuzungen sind möglich)

- Bestehende Praxis mit _____ Behandlungseinheit/en
- Neubau einer Praxis mit _____ Behandlungseinheit/en
- Erweiterung der Praxis um ____ Behandlungseinheit/en auf insgesamt _____ Behandlungseinheiten

Amalgamabscheider

- in Betrieb: Anzahl: _____
- bestellt am _____ Anzahl: _____
- noch nicht bestellt, aber geplant Anzahl: _____

Bitte für jeden Amalgamabscheider den Beschreibungsbogen (S. 3) ausfüllen und die Unterlagen (S. 4) beifügen.

Ich bitte, mir die Einleitung von amalgamhaltigem Abwasser in die öffentliche Kanalisation - gemäß § 58 Wasserhaushaltsgesetz und § 98 des niedersächsischen Wassergesetzes - zu genehmigen.

Auf die beigelegten Unterlagen nehme ich Bezug.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/ der Antragstellerin

Beschreibungsbogen für Amalgamabscheider

(bitte für **jeden** Amalgamabscheider ausfüllen – ggf. kopieren)

Hersteller: _____

Amalgamabscheider-Typ: _____ Kapazität; s. Herstellerangabe: _____ l/min

Geräte-Nr.: _____ Abscheidegrad, s. Herstellerangabe: _____ %

Zulassung/Prüfzeichen des Deutschen Institutes für Bautechnik in Berlin (**Kopie beifügen**)

erteilt nicht erteilt mir unbekannt

Der Amalgamabscheider ist

eingesetzt seit _____ bestellt

Der Amalgamabscheider

ist in einen Behandlungsplatz **integriert**

ist ein **externer** Amalgamabscheider

dient der Reinigung des Abwassers aus _____ Behandlungsräumen

Wo ist der Amalgamabscheider aufgestellt? _____

Hersteller: _____

Amalgamabscheider-Typ: _____ Kapazität; s. Herstellerangabe: _____ l/min

Geräte-Nr.: _____ Abscheidegrad, s. Herstellerangabe: _____ %

Zulassung/Prüfzeichen des Deutschen Institutes für Bautechnik in Berlin (**Kopie beifügen**)

erteilt nicht erteilt mir unbekannt

Der Amalgamabscheider ist

eingesetzt seit _____ bestellt

Der Amalgamabscheider

ist in einen Behandlungsplatz **integriert**

ist ein **externer** Amalgamabscheider

dient der Reinigung des Abwassers aus _____ Behandlungsräumen

Wo ist der Amalgamabscheider aufgestellt? _____

