

Antrag auf Genehmigung der Indirekteinleitung von amalgamhaltigem Abwasser

Märkischen Kreis
Fachdienst Gewässer
- Untere Wasserbehörde -
Heedfelder Str. 45
58509 Lüdenscheid

Antragsteller/in

Name	Vorname	Geburtsdatum
Strasse, Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon (freiwillige Angabe)	Email (freiwillige Angabe)	

Anschrift der Praxis / Klinik, von der aus die Indirekteinleitung erfolgt / erfolgen soll:

Name		
Strasse, Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon (freiwillige Angabe)	Email (freiwillige Angabe)	

Hiermit beantrage ich die Erteilung einer Genehmigung gem. § 59 Abs. 1 Landeswassergesetz (LWG) i. V. m. § 1 der ordnungsbehördlichen Verordnung über die Genehmigungspflicht für die Einleitung von Abwasser mit gefährlichen Stoffen in öffentliche Abwasseranlagen (VGS) vom 25.09.1989 zur Einleitung von amalgamhaltigem Abwasser in die Kanalisation der Gemeinde / Stadt _____

In der Praxis / Klinik sind ____ Behandlungsplätze vorhanden / vorgesehen.
Nähere Angaben zur Art der Behandlungsplätze hinsichtlich des Abwasseranfalls:

Es sind ____ Amalgamabscheider in Betrieb;

Es sind ____ Amalgamabscheider bestellt;

Es sind ____ Amalgamabscheider vorgesehen, aber noch nicht bestellt.

(Anmerkung: Bitte für jedes in Betrieb befindliche oder bereits bestellte Gerät einen Beschreibungsbogen ausfüllen – Seite 2)

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Beschreibungsbogen für Amalgamabscheider
(bitte für jedes Gerät einen separaten Bogen ausfüllen !!!)

Hersteller: _____
Gerätetyp: _____
Geräte-Nummer: _____
Kapazität lt. Herstellerangabe: _____ l / min
Abscheidegrad lt. Herstellerangabe: _____ %

Allgemein bauaufsichtliche Zulassung

vorhanden (sofern vorhanden, bitte Kopie beifügen)
nicht vorhanden
mir unbekannt

sonstige landesrechtliche Zulassung

vorhanden (sofern vorhanden, bitte Kopie beifügen)
nicht vorhanden
mir unbekannt

Das Gerät ist

eingesetzt seit _____
bestellt

Das Gerät

ist in einen Behandlungsplatz integriert.

Die Abwassermenge bei Betrieb des Behandlungsplatzes beträgt _____ l / min
dient der Reinigung des Abwassers aus _____ Behandlungsplätzen

Wo ist das Gerät aufgestellt?

(bitte eventuell eine Handskizze beifügen)

Abwasseranfall bei gleichzeitigem Betrieb aller angeschlossenen Behandlungsplätze _____ l / min