

Name

Straße, Hs.Nr.

PLZ, Ort

Kreisverwaltung Düren
-Gesundheitsamt-
Bismarckstr. 16
52348 Düren

Der Unternehmer und sonstige Inhaber einer Wasserversorgungsanlage nach § 3 Nr. 2 Buchstabe f TrinkwV (zeitweilige Wasserverteilung) hat eine Anzeigepflicht nach § 13 Abs. 2 Nummer 6.

Anzeige einer Wasserversorgungsanlage zur zeitweiligen Wasserverteilung nach § 13 Abs. 2 Ziff. 6 Trinkwasserverordnung

1.1. Anzeigende Person Name _____ Straße, Hs. Nr. _____ PLZ / Ort _____	1.2. Ansprechpartner Name _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____
2.1. Eigentümer/Inhaber ¹⁾ Name _____ Straße, Hs.Nr. _____ PLZ / Ort _____ ¹⁾ Soweit nicht identisch mit anzeigender Person	2.2. Ansprechpartner ¹⁾ Name _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____
3.1. Heimatstandort (Geschäftsstelle, Winterquartier, etc.) Heimatstandort _____ Straße, Hs.Nr. _____ PLZ / Ort _____	3.2. Ansprechpartner vor Ort Name _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____

4.1. Hiermit zeige ich Folgendes an:

- Errichtung einer Anlage
 Inbetriebnahme einer Anlage

Voraussichtliche Dauer:

4.2. Zeitangaben

Errichtung am:
 Inbetriebnahme am:

von:
 bis:
 insgesamt Tage

5.1. Ort des Aufbaues

Heimatstandort

Straße, Hs.Nr.

PLZ / Ort

5.2. Ansprechpartner am Aufbauort

Name

Telefon

Fax

E-Mail

6. Art der Nutzung

- Schankwirtschaft
 Speisewirtschaft
 sonstiges

7. Gestattung gem. § 12 Abs. 1 GastG liegt vor?

nein
 ja

Wenn ja, Angaben zu:
 Gestattende Gemeinde:
 Gestattung vom:
 Nr.Az:

Sachbearbeiter
Name
Telefonnummer

8. Kommentar**9. Anmerkungen/Hinweise:**

Ordnungswidrig im Sinne des §73 Abs. 1 Nr. 24 des Infektionsschutzgesetz handelt, wer entgegen §13 Abs. 2 Trinkwasserverordnung eine Anzeige nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstatt.

Zur Anzeige nach Ziff. 4.1 übersenden Sie uns bitte die technischen Pläne der bestehenden Wasser-versorgungsanlage.

Soweit es sich bei den verwendeten Leitungsmaterialien um flexibles Schlauchmaterial handelt, übersenden Sie uns bitte die Zertifikate zur Prüfung nach DVGW W 270 und nach KTW-Empfehlung.

Übersenden Sie bitte dieses Formular unterschrieben an die o.a. Anschrift des Gesundheitsamtes.

 Ort, Datum

 Unterschrift der anzeigenden Person (nach 1.1.)