

Verwaltungshelfer: Nordwasser GmbH

Nordwasser GmbH
Carl-Hopp-Straße 1
18069 Rostock



Kundenservice
Post: Carl-Hopp-Str. 1, 18069 Rostock
Telefon: +49 381 81715-0
E-Mail: info@nordwasser.de
Internet: www.nordwasser.de

**Bitte schicken Sie dieses Formular
unterschieden an die nebenstehende
Adresse.**

Antrag auf Befundprüfung eines Wasserzählers

Kundendaten

Kundennummer

Vertragskontonummer

Antrag auf Befundprüfung für folgenden Wasserzähler

(dieser Antrag ist mit dem vollständigen Zähler zur Befundprüfung einzureichen)

Kaltwasserzähler Verbundzähler

Bitte beachten Sie, dass

- zwischen dem Ausbau und der messtechnischen Prüfung eine Frist von 14 Tagen nicht überschritten werden soll
- keine weitere aussagekräftige messtechnische Prüfung des Messgerätes mehr möglich ist, da die Befundprüfung eine innere Beschaffenheitsprüfung beinhaltet (d. h. Öffnen und Demontieren des Messgerätes)
- die Kosten der Befundprüfung durch den Antragsteller zu tragen sind. Diese betragen für einen Wasserzähler
 - Bis Q₃ 10: 209 EUR netto
 - Bis Q₃ 10 mit Sicherungsposten: 307 EUR netto
 - ab Q₃ 16 nach Aufwand
 - Maec Schächte grundsätzlich nach AufwandErgibt sich bei der Befundprüfung jedoch, dass die Abweichung die gesetzlichen Verkehrsfehlergrenzen überschreitet, so fallen gemäß § 20 Abs. 2 der Wasserversorgungssatzung des WWAV die Kosten der Prüfung dem Verband zur Last.

Antragsteller (Grundstückseigentümer / bevollmächtigte Person)

Name, Vorname

Telefon

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Einbauort des Messgerätes

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Einbaustelle

Messgeräteverwender

Nordwasser GmbH, Carl-Hopp-Straße 1, 18069 Rostock
T +49 381 81715-0



Antrag auf Befundprüfung eines Wasserzählers

Messgerätedaten / Einbausituation (wird vom Versorger ausgefüllt)

Hersteller

Stempelzeichen

Zulassungszeichen

Nenndurchfluss_n / Dauerdurchfluss₃

Bemerkung (z. B. Stempelverletzung)

Zählernummer

Zählerstand in m³

Tatsächliche Einbaulage

Gründe für den Antrag auf Befundprüfung

Der Antragsteller wünscht an der Befundprüfung teilzunehmen?

Ja Nein

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Monteurs

Bitte achten Sie auf die Vollständigkeit der erforderlichen Angaben!