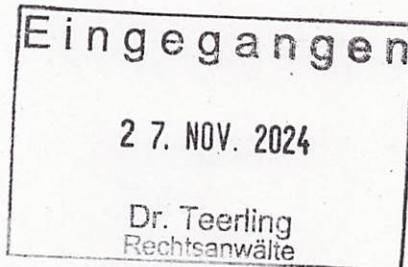




Kreis Steinfurt | Tecklenburger Str. 10 | 48565 Steinfurt

RA Dr. Jan Teerling  
-Insolvenzverwalter-  
Klosterstraße 2  
49477 Ibbenbüren



Kreiskasse  
Frau Zimmermann

[kreiskasse@kreis-steinfurt.de](mailto:kreiskasse@kreis-steinfurt.de)

Mein Zeichen INSO 4289  
21.11.2024

**Insolvenzverfahren über das Vermögen der Andrea Bachmann  
Ihr Schreiben vom 18.10.2024 - Az. AG: 87 IK 78/24**

Guten Tag,

**Ohne viele Worte mit der Bitte um:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Kenntnisnahme | <input type="checkbox"/> Rückgabe                | <input type="checkbox"/> Prüfung und Stellungnahme |
| <input checked="" type="checkbox"/> Erledigung    | <input checked="" type="checkbox"/> Zum Verbleib | <input type="checkbox"/> Unter-/Gegenzeichnung     |
| <input type="checkbox"/> Terminvormerkung zum:    |  |  |

Freundliche Grüße  
im Auftrag

  
Zimmermann

Kreissparkasse Steinfurt | IBAN  
DE06 4036 1906 0000 0003 31  
BIC WELADED1STF

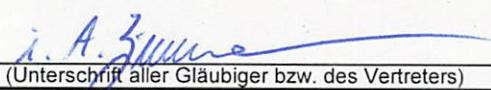
Volksbank Münsterland Nord eG | IBAN  
DE74 4036 1906 4340 3002 00  
BIC GENODEM1IBB

Steuernummer  
311 / 5873 / 0032 FA ST

USt-IdNummer  
DE 124 375 892

**Forderungsanmeldung zum Insolvenzverfahren**  
 über das Vermögen  
**der Andrea Brachmann, Industriestraße 4, 49549 Ladbergen**

Bitte ausfüllen, in doppelter Ausfertigung zurücksenden und das gerichtliche Merkblatt beachten!

<b>Gläubiger</b> (genaue Beschreibung des Gläubigers einschl. Postanschrift mit PLZ; bei Gesellschaften Angabe des gesetzl. Vertreters)		<b>Gläubigervertreter</b> (z.B. Rechtsanwalt oder Inkassounternehmen. Die Vollmacht muss sich ausdrücklich auf das Insolvenzverfahren beziehen.)	
Kreis Steinfurt			
Tecklenburger Str. 10			
48565 Steinfurt		<input type="checkbox"/> Vollmacht anbei bzw. folgt umgehend!	
Az.: INSO 4289		Az.:	
<b>Hauptforderung gem. § 38 InsO – Nur in Euro anmelden!</b>		EUR	1.809,00
Zinsen	% aus	EUR vom	bis
Kosten (soweit sie vor Verfahrenseröffnung entstanden sind)		EUR	
<b>Summe der angemeldeten Beträge:</b>		EUR	1.809,00
<b>Rechtsgrund der Forderung</b> (Warenlieferung, Miete, Darlehen, Reparaturleistung, Lohnforderung usw.)			
0171180886 Einsatz Rettungswagen am 02.05.2022 547,00 € 0171180887 Einsatz Notarztfahrzeug am 02.05.2022 715,00 € 0171191914 Einsatz Rettungswagen am 13.06.2022 547,00 €			
Zum Beweis der Forderung werden beigefügt: <input type="checkbox"/> Urteil <input type="checkbox"/> Vollstreckungsbescheid <input type="checkbox"/> Wechsel <input type="checkbox"/> Scheck <input type="checkbox"/> Rechnung <input type="checkbox"/> Vertrag <input checked="" type="checkbox"/> Bescheide vom 12.01.2023 u. 23.02.2023			
Der angemeldeten Forderung liegt (bitte zutreffendes ankreuzen) <input type="checkbox"/> eine vorsätzlich begangene unerlaubte Handlung, <input type="checkbox"/> eine vorsätzliche pflichtwidrige Verletzung einer gesetzlichen Unterhaltspflicht oder <input type="checkbox"/> eine Steuerstrafat nach den §§ 370, 373 oder 374 der AO des Schuldner zugrunde.			
Die Begründung ist als Anlage beigefügt.			
Steinfurt, den 21. Nov. 2024 Ort: Datum:		 (Unterschrift aller Gläubiger bzw. des Vertreters)	
Zurück an:			



Kreis Steinfurt, Tecklenburger Str. 10, 48565 Steinfurt

Andrea Brachmann  
Industriestr. 4  
49549 Ladbergen

Amt für Bevölkerungsschutz  
Rettungsdienst  
Recker

Zimmer F1057  
Tel. 02551 69-2288  
Mail: abrechnung-  
krankentransporte@kreis-  
steinfurt.de

Institutionskennzeichen  
600585542

12.01.2023

**Bei Zahlung und Rückfragen bitte angeben:**

**Belegnummer: 0171180886**

**Gesamtgebühr: 547,00 €**

**Gebührenbescheid**

**für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes  
des Kreises Steinfurt**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Rettungsdienst hat die unten näher bezeichnete Leistung erbracht; als Träger des Rettungsdienstes setze ich dafür eine Gebühr von 547,00 € fest.

Die Gebühr ist bis zum 11.02.2023 unter Angabe der Belegnummer auf eines der angegebenen Konten zu überweisen.

Einsatznummer:	44242
Fahrzeugart	Rettungswagen
Einsatzort:	Industriestr. 4, 49549 Ladbergen
Transportziel:	Maria-Josef-Hospital Greven, Lindenstraße 29, 48268 Greven
Einsatzdatum und Zeit:	02.05.2022, 07:48:03

Versorgte(r):	Andrea Brachmann
Geburtsdatum:	02.05.1966
Straße:	Industriestr. 4
Wohnort:	49549 Ladbergen
Vers.-Nr.:	
Arbeitgeber:	

Versicherte(r):	
Vers.-Nummer:	
Geburtsdatum:	
Wohnort:	
Sonstiges:	

Tarife/ Bezeichnung der Leistung	Gebührenabrechnung			
	Ziffer der Positionsnr.	Anzahl	Einzelbetrag	Gebührenbetrag

2.a) Einsatzpauschale Rettungswagen (RTW)	311200	1 X	547,00 €	547,00 €
---	--------	-----	----------	----------

Summe:	<u><u>547,00</u></u> €
--------	------------------------

**Rechtsgrundlagen für die Erhebung und Berechnung der Gebühr:**

Satzung des Kreises Steinfurt über die Erhebung von Gebühren für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes im Kreis Steinfurt in der jeweils gültigen Fassung.

**Erläuterungen**

**Tarifstelle und Bezeichnung der Leistung seit dem 01.01.2019**

	<b>Grundgebühr € /</b>	<b>zusätzliche Gebühr pro km</b>
1. a) Einsatz eines Krankentransportwagens (KTW) einschließlich 50 km zurückgelegter Fahrtstrecke	316,00 €	
b) Zurückgelegte Fahrtstrecke ab dem 51. km je km	2,00 €	
2. a) Einsatz eines Rettungswagens (RTW) einschließlich 50 km zurückgelegter Fahrtstrecke	547,00 €	
b) Zurückgelegte Fahrtstrecke ab dem 51. km je km	3,00 €	
3. Behandlung durch den Notarzt je Notfallpatient ggf. einschließlich Einsatz eines Notarzteinsatzfahrzeuges	715,00 €	

**HINWEIS zum Eigenanteil:**

Sollten Sie von der Zuzahlung befreit sein, können Sie diesen Bescheid bei Ihrer Krankenkasse einreichen oder mit einem entsprechenden Vermerk an den Kreis Steinfurt zurücksenden.

**Hinweise der Verwaltung:**

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats Klage beim Verwaltungsgericht Münster erhoben werden.

Dieser Gebührenbescheid ist mit Hilfe automatischer Einrichtungen erlassen und daher ohne Unterschrift wirksam.  
(§ 37 Abs. 4 des Verwaltungsverfahrensgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen (VwVfG.NW))

Freundliche Grüße  
Im Auftrag  
gez. Recker



Kreis Steinfurt, Tecklenburger Str. 10, 48565 Steinfurt

Andrea Brachmann  
Industriestr. 4  
49549 Ladbergen

Amt für Bevölkerungsschutz  
Rettungsdienst  
Recker

Zimmer F1057  
Tel. 02551 69-2288  
Mail: abrechnung-  
krankentransporte@kreis-  
steinfurt.de

Institutionskennzeichen  
600585542

12.01.2023

**Bei Zahlung und Rückfragen bitte angeben:**

**Belegnummer: 0171180887**

**Gesamtgebühr: 715,00 €**

**Gebührenbescheid**

**für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes  
des Kreises Steinfurt**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Rettungsdienst hat die unten näher bezeichnete Leistung erbracht; als Träger des Rettungsdienstes setze ich dafür eine Gebühr von 715,00 € fest.

Die Gebühr ist bis zum 11.02.2023 unter Angabe der Belegnummer auf eines der angegebenen Konten zu überweisen.

Einsatznummer:	44242
Fahrzeugart	Notarzteinsatzfahrzeug
Einsatzort:	Industriestr. 4, 49549 Ladbergen
Transportziel:	Maria-Josef-Hospital Greven, Lindenstraße 29, 48268 Greven
Einsatzdatum und Zeit:	02.05.2022, 07:48:03

Versorgte(r):	Andrea Brachmann
Geburtsdatum:	02.05.1966
Straße:	Industriestr. 4
Wohnort:	49549 Ladbergen
Vers.-Nr.:	
Arbeitgeber:	

Versicherte(r):	
Vers.-Nummer:	
Geburtsdatum:	
Wohnort:	
Sonstiges:	

Seite 1 von 2

Tarife/ Bezeichnung der Leistung	Gebührenabrechnung			
	Ziffer der Positionsnr.	Anzahl	Einzelbetrag	Gebührenbetrag

3. Behandlung durch Notarzt je Notfallpatient	201200	1 X	715,00 €	715,00 €
---	--------	-----	----------	----------

Summe: 715,00 €

**Rechtsgrundlagen für die Erhebung und Berechnung der Gebühr:**

Satzung des Kreises Steinfurt über die Erhebung von Gebühren für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes im Kreis Steinfurt in der jeweils gültigen Fassung.

**Erläuterungen**

**Tarifstelle und Bezeichnung der Leistung seit dem 01.01.2019**

	Grundgebühr € / Zusätzliche Gebühr pro km
1. a) Einsatz eines Krankentransportwagens (KTW) einschließlich 50 km zurückgelegter Fahrstrecke	316,00 €
b) Zurückgelegte Fahrstrecke ab dem 51. km je km	2,00 €
2. a) Einsatz eines Rettungswagens (RTW) einschließlich 50 km zurückgelegter Fahrstrecke	547,00 €
b) Zurückgelegte Fahrstrecke ab dem 51. km je km	3,00 €
3. Behandlung durch den Notarzt je Notfallpatient ggf. einschließlich Einsatz eines Notarzteinsatzfahrzeuges	715,00 €

**HINWEIS zum Eigenanteil:**

Sollten Sie von der Zuzahlung befreit sein, können Sie diesen Bescheid bei Ihrer Krankenkasse einreichen oder mit einem entsprechenden Vermerk an den Kreis Steinfurt zurücksenden.

**Hinweise der Verwaltung:**

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats Klage beim Verwaltungsgericht Münster erhoben werden.

Dieser Gebührenbescheid ist mit Hilfe automatischer Einrichtungen erlassen und daher ohne Unterschrift wirksam.  
(§ 37 Abs. 4 des Verwaltungsverfahrensgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen (VwVfG.NW))

Freundliche Grüße  
Im Auftrag  
gez. Recker



Kreis Steinfurt, Tecklenburger Str. 10, 48565 Steinfurt

Andrea Brachmann  
Industriestr. 4  
49549 Ladbergen

Amt für Bevölkerungsschutz  
Rettungsdienst  
Frau Klassen

Zimmer F1057  
Tel. 02551 69-2228  
Mail: [reinhold.klassen@kreis-steinfurt.de](mailto:reinhold.klassen@kreis-steinfurt.de)

**Bei Zahlung und Rückfragen bitte angeben:**

**Belegnummer: 0171191914**

**Gesamtgebühr: 547,00 €**

**Institutionskennzeichen  
600585542**

23.02.2023

**Gebührenbescheid**

**für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes  
des Kreises Steinfurt**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Rettungsdienst hat die unten näher bezeichnete Leistung erbracht; als Träger des Rettungsdienstes setze ich dafür eine Gebühr von 547,00 € fest.

Die Gebühr ist bis zum 25.03.2023 unter Angabe der Belegnummer auf eines der angegebenen Konten zu überweisen.

<b>Einsatznummer:</b>	58415
<b>Fahrzeugart</b>	Rettungswagen
<b>Einsatzort:</b>	Meerkuhle 13, 48268 Greven
<b>Transportziel:</b>	Maria-Josef-Hospital Greven, Lindenstraße 29, 48268 Greven
<b>Einsatzdatum und Zeit:</b>	13.06.2022, 15:13:58

<b>Versorgte(r):</b>	Andrea Brachmann
<b>Geburtsdatum:</b>	02.05.1966
<b>Straße:</b>	Industriestr. 4
<b>Wohnort:</b>	49549 Ladbergen
<b>Vers.-Nr.:</b>	
<b>Arbeitgeber:</b>	

<b>Versicherte(r):</b>	
<b>Vers.-Nummer:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Wohnort:</b>	
<b>Sonstiges:</b>	

Tarife/ Bezeichnung der Leistung	Gebührenabrechnung			
	Ziffer der Positionsnr.	Anzahl	Einzelbetrag	Gebührenbetrag

2.a) Einsatzpauschale Rettungswagen (RTW)	311200	1 X	547,00 €	547,00 €
---	--------	-----	----------	----------

Summe:	<b>547,00</b>	€
--------	---------------	---

#### **Rechtsgrundlagen für die Erhebung und Berechnung der Gebühr:**

Satzung des Kreises Steinfurt über die Erhebung von Gebühren für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes im Kreis Steinfurt in der jeweils gültigen Fassung.

#### **Erläuterungen**

**Tarifstelle und Bezeichnung der Leistung seit dem 01.01.2019**

**Grundgebühr € /  
zusätzliche Gebühr pro km**

1. a) Einsatz eines Krankentransportwagens (KTW) einschließlich 50 km zurückgelegter Fahrtstrecke	316,00 €
b) Zurückgelegte Fahrtstrecke ab dem 51. km je km	2,00 €
2. a) Einsatz eines Rettungswagens (RTW) einschließlich 50 km zurückgelegter Fahrtstrecke	547,00 €
b) Zurückgelegte Fahrtstrecke ab dem 51. km je km	3,00 €
3. Behandlung durch den Notarzt je Notfallpatient ggf. einschließlich Einsatz eines Notarzteinsatzfahrzeuges	715,00 €

#### **HINWEIS zum Eigenanteil:**

Sollten Sie von der Zuzahlung befreit sein, können Sie diesen Bescheid bei Ihrer Krankenkasse einreichen oder mit einem entsprechenden Vermerk an den Kreis Steinfurt zurücksenden.

#### **Hinweise der Verwaltung:**

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats Klage beim Verwaltungsgericht Münster erhoben werden.

Dieser Gebührenbescheid ist mit Hilfe automatischer Einrichtungen erlassen und daher ohne Unterschrift wirksam.  
(§ 37 Abs. 4 des Verwaltungsverfahrensgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen (VwVfG.NW))

Freundliche Grüße  
Im Auftrag  
gez. Frau Klassen