

Stadt Kalbe (Milde)
Hauptamt/Gewerbeangelegenheiten
Schulstraße 11
39624 Kalbe (Milde)

Anzeige eines
Gaststättengewerbes
gem. § 2 Abs. 1 u. 2 GastG LSA

Ort, Datum	
Kalbe (Milde), 17.08.2015	
Sachbearbeiter(in)	Zimmer-Nr.
Frau Liermann	14
Telefon	Fax
039080/97111	039080/97153
E-Mail	
jliermann@stadt-kalbe-milde.de	

Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen sowie die zutreffenden Kästchen ankreuzen.

Erstanzeige _____

Änderungsanzeige _____

Angaben zum Antragsteller			
Name, Vornamen		Geburtsname (nur bei Abweichung vom Namen)	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Wohnanschrift			
Telefon-Nr.	Handynummer	Telefax-Nr.	E-Mail/Web (freiwillig)
Bezeichnung der juristischen Person oder des nicht rechtsfähigen Vereins (bei mehreren Vertretern ist je ein Formular auszufüllen)			
eingetragen im Register	Nr.	seit	
Anschrift der juristischen Person oder des nicht rechtsfähigen Vereins			
Telefon-Nr.	Handynummer	Telefax-Nr.	E-Mail/Web (freiwillig)
Finanzamt	Steuernummer		

Angaben zum vorübergehenden Gaststättenbetrieb			
Name der vorübergehenden Verkaufsstätte			
Anlass			
Betriebsart			
Ort des vorübergehenden Gaststättenbetriebes			
Verabreichung von	Ausschank von		
<input type="checkbox"/> Speisen	<input type="checkbox"/> Nichtalkoholischen Getränken	<input type="checkbox"/> Alkoholischen Getränken	
Zeitraum	Datum / Wochentag	Uhrzeit von	Uhrzeit bis
Datum von:			
Datum bis:			

Die Kosten für diesen Bescheid setzen sich wie folgt zusammen		
Gebühr	Auslagen	Gesamtbetrag

Datum / Unterschrift des Anzeigenden	Der Empfang der Anzeige wird bestätigt.
--------------------------------------	---