

**Stadt Kalbe (Milde)**  
Hauptamt/Gewerbeangelegenheiten

Stadt Kalbe (Milde)  
Gewerbeamt  
Schulstraße 11  
39624 Kalbe (Milde)

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

Ort, Datum	
Sachbearbeiter(in)	Zimmer-Nr.
Telefon	Fax
E-Mail	

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

Erstanzeige \_\_\_\_\_

Änderungsanzeige \_\_\_\_\_

Angaben zum Anzeigenden			
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 <input type="checkbox"/> Speisen	Ausschank von <input type="checkbox"/> Nichtalkoholischen Getränken	<input type="checkbox"/> Alkoholischen Getränken	
	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.