

Absender/in
-------------

--

**Antrag auf Gestattung eines vorübergehenden Gaststättenbetriebes gemäß § 12 Abs. 1 Gaststättengesetz (GastG) zum Betrieb einer**

- Schankwirtschaft  
 Speisewirtschaft

**1. Antragsteller/in**

Name der juristischen Person		Name - Ansprechpartner/in bei jur. Personen		Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Geburtsort		Staatsangehörigkeit/en	
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort	
Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)	

**2. Veranstaltung**

<b>Anlass</b>	
<b>Ort</b>	
<b>Zeitraum</b>	Datum (von - bis) <span style="float: right;">Uhrzeit (von - bis)</span>
<b>Ausschank/ Ausgabe von</b>	<input type="checkbox"/> alkoholfreien Getränken <input type="checkbox"/> alkoholischen Getränken <input type="checkbox"/> Speisen Art, Umfang angebotene Speisen

Sind musikalische Darbietungen vorgesehen? (im Freien und im Festzelt längstens bis 23.00 Uhr)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Datum (von - bis)	Uhrzeit (von - bis)
---	---	-------------------	---------------------

Sind Tanzveranstaltungen geplant?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nehmen an der Veranstaltung Schausteller teil?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Liste der Schausteller beifügen)

Werden Sitzplätze angeboten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Anzahl	Benötigte Fläche (qm)
------------------------------	---	--------	-----------------------

Stellen Sie ein Festzelt auf?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Fläche (qm)
-------------------------------	---	-------------

Werden öffentliche Flächen in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> öffentlicher Verkehrsraum <input type="checkbox"/> öffentliche Grünflächen
--	---	---

Ist eine Schankanlage vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wird ein Gasgrill betrieben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Lage der Toiletten			
--------------------	--	--	--

Anzahl Damentoiletten	Anzahl Herrentoiletten	Anzahl Urinale	Anzahl Toilettenwägen
-----------------------	------------------------	----------------	-----------------------

**3. Ergänzungen (z.B. weitere Ansprechpartner)**

--

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum	Unterschrift	Anlagen
------------	--------------	---------

Vervielfältigung, Nachahmung, Veröffentlichung und elektronische Speicherung nur mit Genehmigung.

E-Mail: info@form-solutions.de www.form-solutions.de Telefon 07082/4131471 - Telefax 07082/4131477

**Form-Solutions** Artikel Nr. 133001