



**Stadt Hohenmölsen**  
Der Bürgermeister

Stadt Hohenmölsen

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

Ort, Datum Hohenmölsen, 12.11.2019	
Sachbearbeiter(in) Frau Beyer	Zimmer-Nr.
Telefon 034441 / 42-214	Fax 034441 / 42-220
E-Mail Gewerbeamt@stadt-hohenmoelsen.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 <input type="checkbox"/> Speisen		Ausschank von <input type="checkbox"/> Nichtalkoholischen Getränken <input type="checkbox"/> Alkoholischen Getränken	
Datum von:          Datum bis:	Datum / Wochentag	Uhrzeit von	Uhrzeit bis

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

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