Stadtpolizei Kapfenberg
Koloman-Wallisch-Platz 1
8605 Kapfenberg
Tel.: 03862/22501-2150, Fax: 03862/22501-2090
E-Mail: gerald.fladenhofer@kapfenberg.gv.at

KAPFENBERG

Antrag auf Ausstellung einer Plakette für „Mobile Hauskrankenpflege im Dienst“

1. Angaben zur Person des/der Antragstellers/in

Firma/Familienname ..... Akad. Grad .....

Vorname ..... Geboren am .....

Straße ..... Hausnr. .....

Ort ..... PLZ .....

Telefon/Mobil .....

2. Berufssitzadresse

Straße ..... Hausnr. .....

Ort ..... PLZ .....

Telefon/Mobil .....

Hinweis: Vorzulegen ist die Anmeldung zur Gebietskrankenkasse oder der Bescheid über die Berufsausübung mit Berufssitz in Kapfenberg.

3. Angaben zum Kraftfahrzeug

Das behördliche Kennzeichen des KFZ bis höchstens 3,5 t Gesamtgewicht lautet: ....

Hinweis: Vorzulegen ist der Zulassungsschein.

Vom/Von der Antragsteller/in nicht auszufüllen!

Vom/Von der Antragsteller/in vorgelegt: ☐ Zulassungsschein ☐ Anmeldung zur GKK

☐ Bescheid über die Berufsausübung mit Berufssitz in Kapfenberg

Gültigkeitsdauer der AG/Vereinbarung: von ..... bis .....

Behördliche Erledigung erstellt: ..... GZ: 640-9- /...../.....Kennzeichen:.....

3. Antrag auf Ausstellung einer Plakette gem. § 5 lit. d Parkgebührenordnung der Stadt Kapfenberg idgF zum gebührenfreien Parken in Kurzparkzonen.

☐ Ich beantrage die Ausstellung einer Plakette für das gebührenfreie Parken in den Kurzparkzonen der Stadtgemeinde Kapfenberg.

Hinweis: Beim Parken ist diese Plakette hinter der Windschutzscheibe gut erkennbar anzubringen. In den Kurzparkzonen muss trotz Befreiung von der Parkgebühr die maximale Parkdauer eingehalten werden (es ist zusätzlich eine Parkscheibe zu hinterlegen).

Stadtpolizei Kapfenberg
Koloman-Wallisch-Platz 1
8605 Kapfenberg
Tel.: 03862/22501-2150, Fax: 03862/22501-2090
E-Mail: gerald.fladenhofer@kapfenberg.gv.at

4. Bestätigung und Unterschrift des/der Antragstellers/in

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und nehme zur Kenntnis, dass diese überprüft werden. Unwahre Angaben führen zum Widerruf der Ausnahmebewilligung. Zusätzlich ziehen falsche Angaben zur Erlangung der Ausnahmebewilligung eine Bestrafung gem. § 228 StGB nach sich.

Bei juristischen Personen des/der zur Vertretung nach außen Befugten

Ort ..... Datum ..... Unterschrift/Firmenstempel

5. Datenschutzerklärung

Mit der Unterfertigung dieses Formulars stimme ich zu, dass die von mir in diesem Formular bekannt gegebenen persönlichen Daten von der Stadtgemeinde Kapfenberg, 8605 Kapfenberg, Koloman-Wallisch-Platz 1, im Rahmen ihrer sich aus diesem Formular ergebenden Geschäftstätigkeit verwendet werden dürfen. Die Einwilligungserklärung kann jederzeit bei der Stadtgemeinde Kapfenberg, 8605 Kapfenberg, Koloman-Wallisch-Platz 1, oder per E-Mail an gde@kapfenberg.gv.at widerrufen werden. Weitere Informationen zum Datenschutz sind auf www.kapfenberg.gv.at/datenschutz zu finden.

6. Übernahme der behördlichen Erledigung

Ort..... Datum..... Bestätigung der Übernahme

Der/Die Bearbeiter/in