

Antrag auf Erteilung einer Gaststättengestattung

gem. § 2 i.V.m. § 12 Abs. 1 Gaststättengesetz (GastG)

Hinweis

Eine Gaststättengestattung braucht nicht, wer alkoholfreie Getränke, unentgeltliche Kostproben, zubereitete Speisen und/oder in Verbindung mit einem Beherbergungsbetrieb Getränke und zubereitete Speisen an Hausgäste verabreicht.

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

Form-Solutions
Artikel Nr.: 133001
E-Mail: info@form-solutions.de www.form-solutions.de
Telefon: 07082/9464-0 - Telefax: 07082/9464-17

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	Anlass						
	Ort der Veranstaltung						
	Datum (von - bis)			Uhrzeit (von - bis)			
	Angebotene Speisen und Getränke						
	Sind musikalische Darbietungen vorgesehen?			<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"/> öffentl. Verkehrsraum	<input type="checkbox"/> öffentl. Grünflächen	
Wird ein Gasgrill betrieben?			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Nehmen Sie die Dienste eines privaten Sicherheitsdienstes in Anspruch?			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
3. Toiletten	Lage der Toiletten						
	Anzahl Damentoiletten		Anzahl Herrentoiletten		Anzahl Urinale		Anzahl Toilettenwägen
4. Ergänzungen (z.B. weitere Ansprechpartner)							

Mit freundlichen Grüßen

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