

Bitte wählen Sie die zuständige BH



**LAND
SALZBURG**

ZURÜCKLEGUNG DER GEWERBEBERECHTIGUNG

Registernummer 504/

Antragsteller/Antragstellerin; Gewerbeinhaber/Gewerbeinhaberin

Familiename, Akad. Grad		Vorname(n)	
geboren am bzw. in		Staatsangehörigkeit	
Straße, Haus-Nr., Stock			
PLZ	Ort		
Tel.-Nr.	E-Mail		

Gewerbe

Art des Gewerbes	
Standort	
Straße, Haus-Nr., Stock	
PLZ	Ort
Entstehung	

Ich beantrage die Löschung der Gewerbeberechtigung mit

sofortiger Wirksamkeit an.

Wirkung vom _____ an.

.....
(Datum)

.....
Unterschrift des Gewerbeinhabers bzw. firmenmäßige Zeichnung

Neue Zustelladresse

Straße, Haus-Nr., Stock	
PLZ	Ort