

# ANTRAG AUF ERHALT EINER DAUERPARKKARTE FÜR: ARZT / MEDIZINISCHER HILFSBERUF / SOZIALDIENST

*Ich Unterzeichnete(r), .....*

*wohnhaft .....*

**FIRMENNAME und ADRESSE:** .....

.....

beantrage hiermit folgende **Dauerparkkarte(n)** für: (Tarife: 10 Euro für die Wochenkarte, 30 Euro für die Monatskarte)

- **ARZT** (*Allgemeinmedizin*):
- **Medizinischer Hilfsberuf:** .....(*Angabe des Berufs*)

..... **Wochenparkkarte(n)** für den/die Monat(e): .....

..... **Monatsparkkarte(n)** von (Monat) bis (Monat): .....

Ich beantrage diese Dauerparkkarte(n) für das/die Fahrzeug(e) mit folgendem/n Kennzeichen (maximal 2 Kennzeichen):

Kennzeichen	Fahrzeughalter	Firmen- oder Leasingfahrzeug
		<i>Ja / Nein *</i>
		<i>Ja / Nein *</i>

\* Unzutreffendes bitte streichen

**Ich bestätige, Kenntnis davon zu haben, dass die Parkkarte(n) nur in der Ausübung des Berufes genutzt werden darf und dass diese gut sichtbar hinter der Windschutzscheibe anzubringen ist. Ich erkläre auf Ehre und Gewissen die Richtigkeit der oben angegebenen Auskünfte.**

*Kelmis, den .....* *(Unterschrift):*

**Der Gemeindeverwaltung vorbehalten:**  
*Antrag angenommen am :* .....

**Für den Finanzdienst:**  
*(Unterschrift)*

