Antragsteller / Antragstellerin (Name, Vorname)
Anschrift der Praxis

Stadtverwaltung Warendorf
- Amt 32 –
Postfach 11 09 44
48231 Warendorf

☒ Zutreffendes bitte ankreuzen!

Antrag auf Ausnahmegenehmigung gem. § 46 StVO i.V.m.
dem RdErl. Des Ministeriums für Verkehr vom 20.05.2021 - III B 3 – 78-12/7

Ich versichere, dass ich

☐ eine Arztpraxis in der Altstadt von Warendorf führe.

☐ Halter / Halterin des angegebenen Kraftfahrzeuges bin.

☐ Nicht über einen privaten Stellplatz oder eine Garage (im Bereich der Altstadt) verfüge.

☐ im Schnitt mehr als 100 Hausbesuche pro Quartal erledigen muss.

Mir ist bekannt, dass falsche Angaben die Einziehung der Ausnahmegenehmigung zur Folge haben und als Ordnungswidrigkeit verfolgt werden können.

Ansprechpartner:
Herr Limberg; Tel. Nr.: 02581 / 54 - 13 24
Frau Harbecke; Tel. Nr.: 02581 / 54 – 13 69
Fax-Nr. 02581 / 54 – 2905
teamstrassenverkehr@warendorf.de

Unterschrift, Datum
Stempel der Praxis