

Antragsteller / Antragstellerin (Name, Vorname)
Anschrift der Praxis

Stadtverwaltung Warendorf
 - SG 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:

Frau Selbmann; Tel. Nr.: 02581 / 54 - 13 24
 Frau Hüllbrock; Tel. Nr.: 02581 / 54 – 13 69
 Fax-Nr. 54 – 2905
 teamstrassenverkehr@warendorf.de

Unterschrift, Datum
 Stempel der Praxis