

Absender/in

Bürgermeister der Gemeinde Habichtswald für den gemeinsamen örtlichen Ordnungsbehördenbezirk Breiter Weg 4 34317 Habichtswald

Antrag auf Verkürzung der Sperrzeit gemäß § 9 Hess. Gaststättengesetz (HGastG) i.V.m. der Verordnung über die Sperrzeit (SperrV)

Antragsteller/in				
Name		Ggf. Geburtsname		Vorname
Bezeichnung juristischer Person/nicht rechtsfähiger Verein				
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort
Land				
Telefon (freiwillige Angabe)		Fax (freiwillige Angabe)		E-Mail (freiwillige Angabe)

Gaststätte/ öffentliche Vergnügungsstätte				
Name				
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort
Land				
Telefon (freiwillige Angabe)		Fax (freiwillige Angabe)		E-Mail (freiwillige Angabe)

Zeitraum und Umfang der Sperrzeitverkürzung

Ergänzungen/Begründung

Mit freundlichen Grüßen

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