



Antrag auf Erlaubnis von Parkerleichterungen
zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit

Name: _____ Vorname: _____

Arzt für: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Tel. (Praxis): _____ Kfz-Kennzeichen: _____

Ich beantrage

- anlässlich von Krankenbesuchen eine Parkerleichterung für Ärzte in Form einer Ausnahmeerlaubnis zur Befreiung von Halt- und Parkverboten
- zum Parken in Form einer Ausnahmeerlaubnis zur Befreiung von Halt- und Parkverboten während der Sprechzeiten vor oder in der Nähe meiner Praxis (genaue Beschreibung des Standortes und der Art der Ausnahme mit Angabe der Sprechzeiten)

Ich verfüge über keine Garage bzw. keinen Einstellplatz im Umkreis von ca. 200 Metern von meiner Praxis.

Dortmund, den _____

-Unterschrift Antragsteller-

Praxisstempel