



# STADT : SALZBURG Magistrat

Amt für öffentliche Ordnung

Schwarzstraße 44  
5024 Salzburg

## Antrag auf Abtransport des Autowracks

(\*) Feld muss ausgefüllt sein

### Angaben zur Person (\*)

Familiename

Vorname

Staatsangehörigkeit

### Adresse / Kontakt

Straße (\*)

Hausnummer (\*)

Stiege

Tür Nr.

PLZ /Ort (\*)

Telefon (\*)

### Antrag (\*)

Ich ersuche um Abtransport meines Autowracks:

Marke - Type:

Farbe:

Kraftstoff:             Benzin             Diesel

**Genauer Standort:**    Straße  
                                  PLZ /Ort  
                                  Sonst. Angaben

### Beilagen (\*)

Typenschein

Autoschlüssel

### Datum und Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift: