



# 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: