

Anzeige für den Erwerb/Überlassung von Schusswaffe(n) / Schalldämpfer

Vertrauensniveau der Authentifizierung

Identitätsprüfung

Eingang:

Anzeige für:

- den Erwerb
 die Überlassung
 Ergänzung Europäischer Feuerwaffenpass (Ein- oder Austragung)

Angaben zur Person - Antragsteller(in)

Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers		Firma	
Nachname		Vorname	
Straße, Hausnummer			
PLZ		Ort	
E-Mail			
Telefon			
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	

Ich habe folgende Schusswaffe/Schalldämpfer erworben/überlassen

Art der Schusswaffe / Schalldämpfer		Kaliber	
Hersteller	Modell	Serien-Nr.	
Waffen-ID / Waffenteil-ID		Datum der Überlassung	
Person-ID	Erlaubnis-ID		

--	--

Diese Waffe soll im Europäischen Feuerwaffenpass ein-/ausgetragen werden

Ich habe folgende Schusswaffe/Schalldämpfer erworben/überlassen

Art der Schusswaffe / Schalldämpfer		Kaliber	
Hersteller	Modell	Serien-Nr.	
Waffen-ID / Waffenteil-ID		Datum der Überlassung	
Person-ID		Erlaubnis-ID	

Diese Waffe soll im Europäischen Feuerwaffenpass ein-/ausgetragen werden

Erwerber / Überlasser

Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers		Firma	
Name		Vorname	
Straße, Hausnummer			
PLZ	Ort		
Telefonnummer / Handy			
E-Mail			
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	
Waffenbesitzkarte Nr.:			
Ausstellungsbehörde:		Ausstellungsdatum:	
Jagdschein Nr.:			
Ausstellungsbehörde:		Ausstellungsdatum:	

Angaben zur persönlichen Zuverlässigkeit und Eignung

Ich bin vorbestraft:

- Ja
 Nein

Ich bin wegen folgender Straftaten rechtskräftig verurteilt (Nur Verurteilungen, deren Rechtskraft nicht länger als fünf Jahre zurück liegt!):

Ich bin Mitglied in einem Verein, der unanfechtbar verboten wurde oder der einem unanfechtbaren Betätigungsverbot unterliegt; Mitglied in einer Partei, deren Verfassungswidrigkeit das Bundesverfassungsgericht festgestellt hat; innerhalb der letzten fünf Jahre mehr als einmal wegen Gewalttätigkeit mit richterlicher Genehmigung in polizeilichem Präventionsgewahrsam gewesen

- Ja
 Nein

Ich bin in meiner Geschäftsfähigkeit beschränkt oder geschäftsunfähig, abhängig von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln und/oder psychisch krank oder debil:

- Ja
 Nein

Ich leide an: Schwerer Sehschwäche, Nachtblindheit, Farbuntüchtigkeit, Hirnverletzungen, schwerer Herz- und Kreislauferkrankung, Diabetes, Anfallsleiden, Geisteskrankheiten, Schwerhörigkeit oder Taubheit, Lähmungen oder anderen schweren Erkrankungen:

- Ja
 Nein

- Ich versichere, dass ich die Hinweise gelesen habe und meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Datum

Unterschrift