

.....  
.....  
.....  
.....  
(Name und Anschrift des/der Gewerbeinhabers/in)

A – L: Andrea Käfer, Tel. Nr. 0463 – 537/4803  
M – Z: Birgit Damey, Tel. Nr. 0463 – 537/4815  
Fax Nr. 0463 – 537/6263

**Magistrat der Landeshauptstadt  
Klagenfurt am Wörthersee  
Abt. Baurecht.Gewerberecht  
Bahnhofstraße 35/III  
9020 Klagenfurt am Wörthersee**

Datum: .....

**Zurücklegung (Löschung) der Gewerbeberechtigung(en)**

Ich (wir) bin (sind) Inhaber/in folgender Gewerbeberechtigung(en):

.....  
.....

im Standort .....

Gemäß §§ 85 ff der Gewerbeordnung 1994 zeige(n) ich (wir) hiermit die Zurücklegung dieser Gewerbeberechtigung(en) mit Wirkung vom ..... an.

Ich (wir) erkläre(n) ausdrücklich, dass die Gewerbeberechtigung(en) keinem gerichtlichen Verfügungsverbot unterliegt/unterliegen.

.....  
(Antragsteller/in)

**Beilage:**  
Gewerberegisterauszug/-auszüge im Original