

Landratsamt Neustadt a. d. Waldnaab  
 Sachgebiet 31  
 Stadtplatz 34  
 92660 Neustadt a.d. Waldnaab  
 Tel. 09602/79-3150 Fax: 09602/79-3155

Posteingang:

**Antragsteller:**

Firmenname:

Straße: PLZ: Ort:

**A. Inhaber**

Familienname und ggf. Geburtsname: Vorname: (Bitte alle Vornamen angeben!)

Straße: PLZ: Ort:

E-Mail: Tel.: Fax:

Geburtsdatum: Geburtsort: (Gemeinde, Landkreis, Land)

Beruf: Staatsangehörigkeit:  
deutsch

(1) (2)

**B. Vertretungsberechtigte(r) - Betriebsleiter - Zweigstellenleiter - Leiter einer unselbständigen Zweigstelle**

Familienname und ggf. Geburtsname: Vorname: (Bitte alle Vornamen angeben!)

Straße: PLZ: Ort:

E-Mail: Tel.: Fax:

Geburtsdatum: Geburtsort: (Gemeinde, Landkreis, Land)

Beruf: Staatsangehörigkeit:  
deutsch

**C. Geburtsname der Mutter des Antragstellers, des Vertretungsberechtigten, des Betriebsleiters, des Zweigstellenleiters <sup>(1) (2)</sup>, falls Minderjährige, auch Vor- und Familienname der Eltern**

**Art des beabsichtigten Waffenhandels**

- Einzelhandel
- Großhandel
- Versandhandel
- Außenhandel
- Waffenvermittler

