

GOTTHARDSTRASSE 77A, 6460 ALTDORF
TELEFON +41 41 875 28 13
TELEFAX +41 41 875 28 05**Gesuch um die Erteilung eines Wunschkontrollschildes****1 Personalien**

Name/Firma: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Genauere Adresse: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Heimatgemeinde: (Ausländer Heimatstaat) _____

2 Antrag

Ich beantrage die Zuteilung der Kontrollschildnummer:

Wunschkontrollschild

UR

--	--	--	--	--

 Motorwagen (Personenwagen, leichte Motorwagen, Lieferwagen und Kleinbusse) **Motorräder** (Klein- und dreirädrige Motorfahrzeuge)

(zutreffendes ankreuzen)

Von den Richtlinien habe ich Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Ort und Datum: _____ Unterschrift des(r) Gesuchstellers _____

Für Minderjährige oder Bevormundete:
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: _____Bitte frei lassen! Betrag: _____ bezahlt am: _____
Visum _____

Das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular am Schalter abgeben.