



**S T A D T**  
**O B E R**  
**W A R T**

Eingangsvermerk:

Formular zum Einspruch gegen  
ausgestellte Strafmandate Kurzparkzone Krankenhaus

**Antragsteller**

|      |         |              |
|------|---------|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|------|---------|--------------|

|     |     |                                     |         |
|-----|-----|-------------------------------------|---------|
| PLZ | Ort | Straße/Nr. ( <b>Hauptwohnsitz</b> ) | Telefon |
|     |     |                                     | E-Mail  |

**Fahrzeugdaten**

- eigener PKW       fremdes KfZ (nicht in meinem Eigentum)

|             |             |       |
|-------------|-------------|-------|
| Kennzeichen | Marke, Type | Farbe |
|-------------|-------------|-------|

Bei fremden KfZ, vollständiger Name des Fahrzeugeigentümers

**Begründung des Ansuchens, warum kein Parkticket gelöst werden konnte, bzw. warum die Parkdauer überschritten wurde:**

Ort (Straße), Datum und Zeit des Vorfalles worüber ein Strafmandat ausgestellt wurde:

Für die weitere Bearbeitung und Entscheidungsfindung über eine allfällige Abmahnung sind diesem Formular verpflichtend eine Kopie des ausgestellten Strafmandates sowie eine Bestätigung des Dienstleiters (Arzt, Tierarzt, etc.) vorzulegen, worin begründet ist, warum eine Ausnahmesituation vorlag.

- Beilagen**
- Strafmandat
  - Bestätigung für eine Ausnahmesituation

**Oberwart, am \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_**

**Vom Bearbeiter auszufüllen:**