

# Anzeige

über den Besitz eines oder mehrerer Magazine oder Magazingehäuse  
gem. § 58 Absatz 17 Waffengesetz (WaffG)

P-ID des Anzeigenden: \_\_\_\_\_  
(sofern vorhanden)

Der/die Anzeigende

\_\_\_\_\_  
Doktorgrad, Familienname, ggf. frühere Name(n), Geburtsname, Vorname

geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum) (Ort, ggf. Land)

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit(en): \_\_\_\_\_

wohnhaft in

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort, (ggf. ausl. Staat)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, ggf. Zusatz

zeigt hiermit den Besitz des/der umseitig aufgeführten(\*) Magazin(e) / Magazingehäuse an und erklärt gegenüber der zuständigen Behörde, dass die dort aufgeführten Magazin(e) / Magazingehäuse durch den Anzeigenden am in der Anlage aufgeführten Datum erworben wurden:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Anzeigenden

(\*) ggf. weitere Anlagen beifügen



zur Anzeige für Magazine für Zentralfeuermunition

Lfd. Nr.	Magazin für		Magazin (X)	Magazingehäuse (X)	Erworben am:	Kleinstes nach Herstellerangaben bestimmungsgemäß verwendbares Kaliber	Dauerhafte Beschriftung (bitte angeben, sofern vorhanden)	Bemerkung (en)
	Kurzwaffen (X) <small>(mehr als 20 Patr.) (bitte angeben)</small>	Langwaffen (X) <small>(mehr als 10 Patr.) (bitte angeben)</small>						
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

