

Bitte Ausfüllanleitung beachten!
Bei mehr als 4 abzumeldenden Personen
bitte weiteren Meldeschein verwenden!

Die nachstehenden Daten werden aufgrund
von Art. 13, 16 und 18
des Bayer. Meldgesetzes erhoben.

Tagesstempel der Meldebehörde

ABMELDUNG bei der Meldebehörde

Schraffierte Felder bitte nicht ausfüllen!

X Zutreffendes ankreuzen!

Gemeindeschlüssel	Auszugsdatum	Gemeindeschlüssel
-------------------	--------------	-------------------

Bisherige Wohnung (Straße/Platz, Hausnummer, Stockwerk)	Künftige Wohnung (Straße/Platz, Hausnummer, Stockwerk)
(PLZ, Ort, Gemeinde)	(PLZ, Ort, Gemeinde, Lkr.; falls Ausland: auch Staat angeben)

Die bisherige Wohnung war zuletzt	<input type="checkbox"/> Hauptwohnung	<input type="checkbox"/> Nebenwohnung	Die künftige Wohnung wird	<input type="checkbox"/> Hauptwohnung	<input type="checkbox"/> Nebenwohnung
-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

1.	Weitere Wohnung (Straße/Platz, Hausnummer)	Diese Wohnung ist
	(PLZ, Ort, Gemeinde, Lkr.)	
2.	Weitere Wohnung (Straße/Platz, Hausnummer)	Diese Wohnung ist
	(PLZ, Ort, Gemeinde, Lkr.)	

Für Personen, die weitere oder andere Wohnungen benutzen, sowie für Personen mit unterschiedlichen Haupt- und Nebenwohnungen, ist ein eigener Abmeldeschein auszufüllen!

Lfd. Nr.	Familienname (Ehename)	Frühere Namen (z. B. Geburtsname)
1		
2		
3		
4		

Lfd. Nr.	Vorname(n) (Rufnamen unterstreichen)	Doktorgrad	Familienstand	Geschlecht		Religion
1				<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	
2				<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	
3				<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	
4				<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	

Lfd. Nr.	Geburtsdatum	Geburtsort (Gemeinde, Lkr.; falls Ausland: auch Staat angeben)	Erwerbstätig		Staatsangehörigkeit(en)
1			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
2			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
3			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
4			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Gesetzliche Vertreter (Vor- und Familiennamen, Doktorgrad, Geburtsdatum, Anschrift)

Ort, Datum	Unterschrift eines Meldepflichtigen
------------	-------------------------------------

Fachverfeg_jueningling_gbb · Bestell-Nr. 109 150 1005 002 · otux
Tel. 0 89/3 74 36-0 · Fax 0 89/3 74 36-3 44 · E-Mail service@jueninglingverfeg.de