
Taxibetrieb
Betriebsname
Strasse, Hausnummer
Postleitzahl, Ort

Anmeldung für Taxichauffierende

Name / Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Wohnadresse: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____
Taxiausweis-Nummer: _____
Eintrittsdatum: _____

Weitere Arbeitstätigkeit

Firmenname: _____
Strasse, Hausnummer: _____
Postleitzahl, Ort: _____
Tätigkeit: _____
Tägliche Arbeitszeit: _____
Arbeits-Wochentage: _____
Arbeitsstunden pro Woche: _____

Datum	Unterschrift Taxihaltende	Unterschrift Taxichauffierende	Visum Taxibüro
-------	------------------------------	-----------------------------------	----------------

Abmeldung für Taxichauffierende per: _____ Der Taxiausweis muss innert 14 Tagen retourniert werden.

Datum	Unterschrift Taxihaltende	Unterschrift Taxichauffierende	Visum Taxibüro
-------	------------------------------	-----------------------------------	----------------

**Das unterschriebene Formular persönlich abgeben oder per Post ins Taxibüro senden.
Handschriftlich ausgefüllte Bestellformulare werden nicht akzeptiert.**