

---

---

---

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: 

---

<hr/> Datum	<hr/> Unterschrift Taxihaltende	<hr/> Unterschrift Taxichauffierende	<hr/> Visum Taxibüro
-------------	------------------------------------	---	----------------------

**Abmeldung für Taxichauffierende per:** 

---

Der Taxiausweis muss innert  
14 Tagen retourniert werden.

<hr/> Datum	<hr/> Unterschrift Taxihaltende	<hr/> Unterschrift Taxichauffierende	<hr/> Visum Taxibüro
-------------	------------------------------------	---	----------------------

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