

An die
Stadtverwaltung Offenburg
Abt. BürgerBüro, Sicherheit und Ordnung
Spitalstraße 2
77652 Offenburg

Antrag auf Erteilung eines Kleinen Waffenscheines
§10 Abs. 4 Satz 4 WaffG


Erlaubnis zum Führen von Schreckschuss-, Reizstoff- und Signalwaffen, die der zugelassenen Bauart nach § 8 des Beschussgesetzes entsprechen und das Zulassungszeichen nach Anlage 1 Abb. 2 zur 1. WaffV oder ein durch Rechtsverordnung nach § 25 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. c WaffG bestimmtes Zeichen tragen, sogenannte PTB-Waffen.



Personalien des Antragstellers

Name, ggf. Geburtsname		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Beruf
Hauptwohnsitz: PLZ/Ort		Straße/Hausnr.	
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Telefax	E-Mail
Weiterer Wohnsitz: PLZ/Ort		Straße/Hausnr.	
Wohnungen in den letzten 5 Jahren: PLZ/Ort		Straße/Hausnr.	

Ich möchte folgende Waffe führen bzw. erwerben:

Waffenart	Kaliber	Hersteller	Typ, Modell	Herst.-Nr.	Waffe trägt 
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein

Ich bewahre die o. g. Waffe wie folgt auf: (Bitte Behältnis in dem die Waffe aufbewahrt wird beschreiben)

Angaben zur persönlichen Zuverlässigkeit und Eignung:

Ich bin

- ☐ nicht vorbestraft.
☐ wegen folgender Straftaten rechtskräftig verurteilt:

Ich bin

☐ nicht Mitglied in einem Verein, der nach dem Vereinsgesetz als Organisation unanfechtbar verboten wurde oder der einem unanfechtbaren Betätigungsverbot nach dem Vereinsgesetz unterliegt.

☐ nicht Mitglied in einer Partei, deren Verfassungswidrigkeit das Bundesverfassungsgericht nach § 46 des Bundesverfassungsgerichtsgesetzes festgestellt hat.

☐ nicht innerhalb der letzten fünf Jahre mehr als einmal wegen Gewalttätigkeit mit richterlicher Genehmigung in polizeilichem Präventivgewahrsam gewesen.

Ich bin

☐ nicht in meiner Geschäftsfähigkeit beschränkt oder geschäftsunfähig.

☐ nicht abhängig von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln.

☐ nicht psychisch krank oder debil.

Ich leide

☐ nicht an schwerer Sehschwäche, Nachtblindheit, Farbuntüchtigkeit, Hirnverletzungen, schwerer Herz-Kreislaufkrankung, Diabetes, Anfallsleiden, Geisteskrankheiten, Schwerhörigkeit oder Taubheit, Lähmungen oder anderen schweren Erkrankungen.

Meine Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit.

Ort

Datum

Unterschrift

Anlage

☐ Kopie Personalausweis