

An die
Stadt Herzogenrath
Abt. 32.1 Ordnungswesen & Bürgerdienste
Rathausplatz 1
52134 Herzogenrath



Antrag auf Erteilung eines Parkausweises zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit

- ☐ zum Parken bei dringenden Krankenbesuchen
- ☐ zum Parken vor oder in der Nähe der Praxis (Rufbereitschaft)

Angaben Absenderin oder Absenders

Namenstitel und Vor- und Nachname

Privatanschrift

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail-Adresse

Praxisanschrift

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail-Adresse

Fachrichtung der ärztlichen Tätigkeit

Amtliche Kennzeichen der genutzten PKW

Bei der beantragten Genehmigung handelt es sich um

- ☐ einen Neuantrag
☐ eine Erneuerung bereits erteilter Genehmigung/en

Letzte Genehmigung gültig bis zum _____

Genehmigungs-Nummer _____

Nur bei Rufbereitschaft (bitte ankreuzen)

- ☐ Hiermit bestätige ich, dass in zumutbarer Entfernung (weniger als 200 Meter) von der Praxis, keine der unten aufgeführten Parkmöglichkeiten besteht.

- nahegelegene Parkhäuser
- Garagen
- Parkmöglichkeiten auf dem Grundstück der Praxis
- bewachte Parkplätze
- oder angemietete Park/- Stellplätze

Wo wird Ihr Fahrzeug bisher abgestellt?

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen

- Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein über Ihre Niederlassung als Ärztin oder Arzt oder Tätigkeit in einer ambulanten medizinischen Versorgungseinrichtung sowie Nachweis über die Häufigkeit der Hausbesuche
- Zum Parken vor/ in der Nähe der Praxis: Bestätigung der Ärztekammer über Rufbereitschaft
- Kopien der aktuellen Fahrzeugscheine / Zulassungsbescheinigungen Teil 1 (beidseitig)

Die Hinweise und Erläuterungen auf der Internetseite der Stadt Herzogenrath habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort und Datum

Unterschrift Antragstellerin oder Antragsteller
