|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Stadt Altstätten****Rathausplatz 2****9450 Altstätten** | **Stadtkanzlei**Telefon 071 757 77 00E-Mail kanzlei@altstaetten.chInternet www.altstaetten.ch |

|  |
| --- |
| **Gesuch um Verkaufsbewilligung ausserhalb der gesetzlichen Ladenöffnungszeiten** |

Art. 12 Abs. 1 Bst. b und c Gesetz über Ruhetag und Ladenöffnung (sGS 552.1)

**1. Verkaufsgeschäft:**

(Name und Adresse des Verkaufsgeschäftes, der Firma)

|  |
| --- |
|        |

**2. Verantwortlicher Leiter:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname |       | Geburtsdatum |       |
| Adresse |       | Wohnort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |

**3. Rechnungsempfänger:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname |       | Adresse |       |
| PLZ |       | Wohnort |       |

**4. Angaben zum Anlass**

**1. Anlass:** (Beschreibung der Veranstaltung, besondere Attraktionen)

|  |
| --- |
|        |
| **2. Ort:** (Durchführungsort) |
|        |
| **3. Tag, Datum:** (Durchführungsdatum) |
|        |
| **4. Öffnungszeiten:** (genaue Öffnungszeiten von/bis) |
|        |
| **5. Beschäftigung von Mitarbeitern:** |
| **[ ]**  Familienbetrieb | **[ ]**       Mitarbeitende(Anzahl) |
| Altstätten,        | Unterschrift:        |