

Dieser Antrag kann am Bildschirm bearbeitet werden. Dazu mit der Maus ins 1. Eingabefeld klicken u. dann mit TAB zum nächsten Feld springen. Das Formular dann 3x ausdrucken und 3fach mit Ausweis an den Gau senden.

Ist der Antrag nicht komplett, kann keine Bearbeitung erfolgen!

## Antrag auf einen Schützenausweis des Bayerischen Sportschützenbundes

Dieser Antrag darf nur beim **Erstverein** eingereicht werden, auch wenn Eintragungen für Zweit- oder Drittvereine vorgesehen sind. Der Ausweis bleibt Eigentum des BSSB. Sein eventueller Verlust ist umgehend anzuzeigen.

Ausweis-Nr.	<input type="text"/>	Erstausstellung	<input type="text"/>	Änderung	<input type="text"/>	Verlust	<input type="text"/>
-------------	----------------------	-----------------	----------------------	----------	----------------------	---------	----------------------

Sollten Sie einen **Änderungsantrag** stellen, vergessen Sie bitte nicht, alle Disziplinen nochmals mit aufzuführen, auch die, die **nicht** geändert werden sollen.

Bei Verlust wird ausschließlich ein Ausweis mit den Originaldaten neu erstellt.

Der Ausweis hat nur Gültigkeit, wenn die nachfolgenden Angaben mit dem Personalausweis übereinstimmen.

Nachname    bitte unbedingt ankreuzen  
m w

Vorname  Geb. am  .  .

Straße

PLZ:  Ort

Vereinsnummer des Erstvereins

Name des Erstvereins

Hier bitte die Disziplinen aufführen, die Sie für einen weiteren Verein schießen wollen:

Kennzahl	Vereinsnummer des weiteren Vereins	Vereinsname des weiteren Vereins
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>