



## Abänderung / Kündigung der Bewilligung zur dauernden Hinausschiebung der Schliessungsstunde

### 1. Betrieb

Betriebsname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### 2. Patentinhaber/-in

Geschlecht:  männlich  weiblich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### 3. Abänderung

Die/der Unterzeichnende bestätigt die Abänderung der Bewilligung zur dauernden Hinausschiebung der Schliessungsstunde per \_\_\_\_\_

wie folgt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. Kündigung

Die/der Unterzeichnende bestätigt die Kündigung der Bewilligung zur dauernden Hinausschiebung der Schliessungsstunde per \_\_\_\_\_

**Einsenden an: Stadt Uster, Verwaltungspolizei, Bahnhofstrasse 17, 8610 Uster**

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_