

# 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Erstausstellung	<input type="text"/>	Änderung	<input type="text"/>	Verlust	<input type="text"/>	<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 Originaldaten neu erstellt.  
 Der Ausweis hat nur Gültigkeit, wenn die nachfolgenden Angaben mit dem Personalausweis übereinstimmen

bitte unbedingt ankreuzen  
 m w

Nachname

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"/>