

Betretungserlaubnis

für die Kampfmittelüberprüfung



Angaben zum Vorgang

Kennziffer Reg.-Bez.	5	9	-	Kennziffer Kreis/kreisfreie Stadt	1	2	-						
-------------------------	----------	----------	---	--------------------------------------	----------	----------	---	--	--	--	--	--	--

Aktenzeichen der Ordnungsbehörde	
-------------------------------------	--

Angaben zur Örtlichkeit der Kampfmittelüberprüfung

Anschrift - Straße, Hausnummer		
Flur-, Flurstückangabe	Postleitzahl 59192	Ort Bergkamen
Weitere Hinweise zur Örtlichkeit (z.B. auch Art der geplanten Maßnahme)		

Angaben zu evtl. Schadstoffkontaminationen

Es liegt eine Schadstoffkontamination im Bereich der beantragten Maßnahme vor (kreuzen Sie bitte an)	ja		nein	
---	-----------	--	-------------	--

Angabe zu evtl. archäologischen Verdachtsflächen

Beantragte Maßnahme liegt in einer Fläche mit einem archäologischen Verdacht (kreuzen Sie bitte an)	ja		nein	
--	-----------	--	-------------	--

Grundstückseigentümer oder Bevollmächtigter des Grundstückseigentümers

Name, Vorname(n), Firma, ggf. Geschäftsführer/in		Geburtsdatum
Anschrift - Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Ort	
Telefon	Email	

Ich ermächtige die zuständige Ordnungsbehörde, den Kampfmittelbeseitigungsdienst Westfalen-Lippe der Bezirksregierung Arnsberg sowie die von dort beauftragten Firmen und Mitarbeiter, das o.g. Grundstück zum Zwecke der Kampfmittelbeseitigung zu betreten und mit Fahrzeugen, Baumaschinen und sonstigem notwendigen Gerät (auch schwerem Gerät, wie z.B. Bagger, Bohrgerät) zu befahren.

Ich wurde darüber informiert, dass die Stadt Bergkamen und das Land NRW, vertreten durch die Bezirksregierung Arnsberg, keine Haftung für durch von Mitarbeitern der Stadt Bergkamen, der Bezirksregierung oder von dort beauftragten Firmen durchgeführte Kampfmittelbeseitigungsmaßnahmen verursachte Flurschäden übernimmt. Hiervon ausgenommen ist Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit.

**Ordnungsbehörde hat Betretungserlaubnis
zur Kenntnis genommen**