



GEMEINDE ST.GILGEN

AM WOLFGANGSEE

A-5340 St.Gilgen, Mozartplatz 1

Tel. 06227/2445-0 Fax. 06227/8175

Trauungsansuchen

Datum:

Uhrzeit:

Trauungszeiten:

Montag bis Donnerstag von 8:00 - 15:00 (letzt möglicher Termin)

Freitag von 8:00 – 13:00 (letzt möglicher Termin)

Samstag von 8:00 – 12:00 (letzt möglicher Termin)

Trauungsortlichkeit:

(Rathaus, Mozarthaus oder Schiff)

Verlobte

Vorname:

Familienname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsbürgerschaft:

Künftiger Familienname:

Waren Sie bisher bereits einmal verheiratet? ☐ Ja ☐ Nein

Verlobter

Vorname:

Familienname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsbürgerschaft:

Künftiger Familienname:

Waren Sie bisher bereits einmal verheiratet? ☐ Ja ☐ Nein

Kontaktdaten

E-Mail:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefonnummer (optional)

Optional:

Trauzeugen

Vorname:

Familiennamen:

Geburtsdatum:

Vorname:

Familiennamen:

Geburtsdatum: