



Anzeige einer Ordnungswidrigkeit

nach dem Infektionsschutzgesetz (IfsG)

Landkreis Märkisch-Oderland
Gesundheitsamt
Fachdienst Hygiene und Umweltmedizin
Puschkinplatz 12
15306 Seelow

E-Mail: gesundheitsamt@landkreismol.de

Angaben zum/zur Anzeigenerstatter/in

Name, Vorname(n)	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Telefon (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)

Angaben zum/zur Betroffenen/Verursacher/Verursacherin

Name, Vorname(n)	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	

Angaben zum Tatvorwurf

Tatvorwurf/Sachverhaltsschilderung (*bei Bedarf bitte freien Platz auf Seite 2 benutzen)
--

Tattag (Datum)	Tatzeit (Uhrzeit von wann bis wann)
Tatort	
Weitere Zeugen (Name und Anschrift)	
Anlagen (Fotos, Sonstiges)	

Die Anzeige kann nur bearbeitet werden, wenn das Formular vollständig ausgefüllt ist.
Anonyme Anzeigen können nicht bearbeitet werden.

Wären Sie bereit, als Zeuge/Zeugin auszusagen? Ja Nein

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner gemachten Angaben. Mir ist bewusst, dass ich als Zeuge/Zeugin zu wahrheitsgemäßen Angaben verpflichtet bin (§ 46 OWiG i. V. m. § 57 StPO) und auf Nachfrage zur Sache, ggf. auch vor Gericht, aussagen muss (§ 46 OWiG i. V. m. § 161a StPO)

Datum: _____

_____ **X** Unterschrift

*