

Angaben zu den Spielgeräten:

Aufstellungslokal Name & Anschrift	Bezeichnung des Geräts (Fabrikat / Typ)	Gewinn- möglichkeit	Gewaltspiel	aufgestellt seit	entfernt seit
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>	<p>.....</p> <p>Datum</p>	<p>.....</p> <p>Datum</p>
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>	<p>.....</p> <p>Datum</p>	<p>.....</p> <p>Datum</p>
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>	<p>.....</p> <p>Datum</p>	<p>.....</p> <p>Datum</p>
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>	<p>.....</p> <p>Datum</p>	<p>.....</p> <p>Datum</p>