



Markaryds kommun
Socialförvaltningen
Ledningskontoret

Avanmälan av försäljning/servering av folköl och/eller försäljning av tobaksvaror.

Försäljningsställe

Namn:	
Gatuadress:	Postnummer, postort
Telefonnummer:	Faxnummer:
Kontaktperson på försäljningsstället:	

Ägare

Bolagets namn:
Adress:
Organisationsnummer:
Telefonnummer och fax:

Avanmälan avser:	Folköl:	Ja	Nej	Tobak :	Ja	Nej
Orsak till verksamhetens upphörande:						
Sålt verksamhet:	Ja	Nej	Stängt verksamhet:	Ja	Nej	
Datum för upphörande:						
Särskilda upplysningar:						

Underskrift av firmatecknare

.....
Namn

.....
Datum

.....
Namnförtydligande