



Avanmälan av försäljning/servering av folköl och/eller tobaksvaror

KALIX KOMMUN

AVANMÄLAN			
Försäljningsställe	Namn		
	Gatuadress	Postnummer	Postort
	Telefonnummer		
Ägare	Bolagets namn		
	Gatuadress	Postnummer	Postort
	Telefonnummer		Organisations-/personnummer
Avanmälan	<input type="checkbox"/> Folköl	<input type="checkbox"/> Tobaksvaror	
	Orsak till verksamhetens upphörande <input type="checkbox"/> Sält verksamhet <input type="checkbox"/> Stängt verksamhet		- <input type="checkbox"/> Annan orsak
	Datum för upphörande		

Underskrift	Underskrift av firmatecknare	Namnförtydligande	Datum
-------------	------------------------------	-------------------	-------