



KALIX KOMMUN

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

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