

Livsmedelsföretaget

Namn/Registrerat firmanamn		Person-/Organisationsnummer
Försäljningsställets namn (mot kund)		
Postadress		Postnummer
Ort		
Kontaktperson	Telefon/mobil	
E-post		

Verksamheten upphör med försäljning av

<input type="checkbox"/> Tobak	<input type="checkbox"/> Elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare
<input type="checkbox"/> Folköl	<input type="checkbox"/> Receptfria läkemedel
<input type="checkbox"/> Dricksvatten	<input type="checkbox"/> Tobaksfria nikotinprodukter

Upphörande

Datum för upphörande eller överlåtande till ny ägare
--

Verksamheten är såld/överlåtten till

Namn på ny verksamhetsutövare	Person-/Organisationsnummer
Postadress	Postnummer
Ort	
Telefon/mobil	

Personuppgifter

De uppgifter som lämnas i denna ansökan/anmälan registreras i vårt databaserade ärendehanteringssystem Vision. Personuppgifterna behandlas enligt bestämmelserna i Dataskyddsförordningen (2018:218). Du har rätt att efter skriftlig ansökan få besked om hur dina personuppgifter behandlats.

Datum**Underskrift****Namnförtydligande**