

ANMÄLAN om upphörande av livsmedelsverksamhet / tobaksförsäljning

Anmälan avser:

- Livsmedelsverksamhet
- Tobak / Folköl / Elektroniska cigaretter

Tillståndshavare

Bolagsnamn / Firmatecknare	Org nr/Personnummer
----------------------------	---------------------

Serveringsställe / Livsmedelsverksamhet / Tobaksverksamhet

Verksamhetens namn
Gatuadress
Postadress
Fastighetsbeteckning (frivillig uppgift)

Min livsmedelsverksamhet / tobaksverksamhet upphör permanent från och med

Datum

Underskrift av firmatecknare eller motsvarande

Underskrift	Datum
Namnförtydligande	

För att vi ska kunna hantera ditt ärende behöver vi spara personuppgifter om dig. Här kan du läsa om hur Eskilstuna kommun behandlar personuppgifter: [eskilstuna.se/GDPR](https://www.eskilstuna.se/GDPR)