



Anmälan om ändring/upphörande av livsmedelsanläggning

Kinda Kommun

Box 1, 590 40 Kisa

kinda@kinda.se, 0494-190 00

* = Obligatorisk uppgift

Livsmedelsanläggning

Namn*

Fastighetsbeteckning*

Utdelningsadress*

Postnummer*

Postort*

Telefon (även riktnummer)*

E-postadress

Kontaktperson

Förnamn*

Efternamn*

Telefon (även riktnummer)

E-postadress

Anmälan avser*

- Upphörande, fr.o.m. datum
- Ändring, redogörelse enligt nedan

Redogörelse för ändring*

Anmälare/verksamhetsutövare

Företag*

Organisationsnummer*

Telefon (även riktnummer)*

Utdelningsadress*

Postnummer*

Postort*

E-postadress

Kontaktperson

Förnamn*

Efternamn*

Telefon (även riktnummer)

E-postadress



Kinda Kommun

Fakturaadress och fakturareferens

Fastighetsägare

Kontaktperson (om fastighetsägaren är ett företag)

Avgift betalas enligt av kommunen fastställd taxa.

Underskrift

Hantering av personuppgifter:

Kommunen blir personuppgiftsansvarig för personuppgifterna först när den ifyllda blanketten tagits emot av kommunen. Uppgifterna kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen. För mer information om hur personuppgifterna behandlas i ditt ärende hänvisas till kommunens hemsida.