



Kinda Kommun

Box 1, 590 40 Kisa

kinda@kinda.se, 0494-190 00

## Anmälan om upphörande av serveringstillstånd

\* = Obligatorisk uppgift

Enligt 9 kap. 11 § alkohollagen (2010:1622).

### Tillståndshavare

Företag\*

Organisationsnummer\*

Telefon (även riktnummer)\*

Utdelningsadress\*

Postnummer\*

Postort\*

E-postadress

### Kontaktperson

Förnamn\*

Efternamn\*

Telefon (även riktnummer)\*

E-postadress

### Serveringsställe

Namn\*

Restaurangnummer

Utdelningsadress\*

Postnummer\*

Postort\*

Telefon (även riktnummer)\*

E-postadress

### Anledning till att serveringstillståndet ska upphöra\*

Egen begäran

Byte av företagsform (exempelvis från HB till AB)

### Serveringstillståndet ska upphöra fr.o.m.\*

Datum

### Övriga upplysningar

### Underskrift

Datum och underskrift (firmatecknare)\*

Namnförtydligande\*

**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.