

TILLSTÅNDSHAVARE		
Företagets namn:	Organisationsnummer:	
Adress:	Postnummer:	Postort:
E-post:	Telefon:	
Kontaktperson:	Telefon:	
SERVERINGSSTÄLLE		
Namn:	Telefon:	
Adress:	Postnummer:	Postort:
ÅTERKALLELSE AV SERVERINGSTILLSTÅND		
Anledning till återkallelse:		
<input type="checkbox"/> Verksamheten upphör <input type="checkbox"/> Byte av bolagsform (t.ex. från HB till AB) <input type="checkbox"/> Annan, ange vad:		
Serveringstillståndet ska upphöra gälla (ange datum):		
Övrig information:		
UNDERSKRIFT AV BEHÖRIG FIRMATECKNARE		
Ort:	Datum:	
Namnteckning:	Namnförtydligande:	