



SVEDALA KOMMI

## ANMÄLAN

om provsmakning 8 kap 7 § alkohollagen

Tillståndshavare	Namn	Orgnr/ persnr
	Adress	Tel nr/mobil nr
	Postadress	Fax nr
	E-postadress	Restaurangnummer

Serverings- ställe	Namn		
	Gatuadress	Postnummer	Postort
	Datum	Från klockan	Till klockan

Underskrift	Underskrift av sökanden	Namnförtydligande	Datum
-------------	-------------------------	-------------------	-------

Registrering		
<input type="checkbox"/> Provsamakning registrerad enligt uppgifter i anmälan		
Underskrift av tjänsteman	Namnförtydligande/befattning	Datum