



## Anmälan om återkallelse av serveringstillstånd

<b>Tillståndshavare</b>	Org nr/personnr	Tel nr
	Tillståndshavare	
	E-post	
<b>Serveringsställe</b>	Namn	Restaurang nr
	Gatuadress	Postadress
<b>Serveringstillstånd upphör</b>	<input type="checkbox"/> Serveringstillståndet ska upphöra. Det finns ingen ny tillståndshavare	
	<input type="checkbox"/> Serveringstillståndet ska upphöra när ny ägare får serveringstillstånd	
	<input type="checkbox"/> Serveringstillståndet upphör från och med datum:	
<b>Övriga upplysningar</b>		
<b>Underskrift</b>	Underskrift av firmatecknare	
	Namnförtydligande	Datum

Blanketten skickas till Sollentuna Kommun, Socialkontoret, Tillståndsenheten, 191 86 Sollentuna