

**ANMÄLAN UPPHÖRANDE AV FÖRSÄLJNINGSTILLSTÅND**  
Enligt 5 kap. 7 § lag om tobak och liknande produkter(2018:2088)

**TILLSTÅNDSHAVARE**

Bolagets namn	Organisationsnummer
Bolagets gatuadress	Postnummer och postort
Mobilnummer eller telefonnummer	E-postadress

**FÖRSÄLJNINGS- ELLER DRIFTSTÄLLE**

Namn	Gatuadress
Postadress	Namn på kontaktperson på försäljnings- eller driftsstället

**FÖRSÄLJNINGSTILLSTÅNDET/ ANMÄLAN OM FÖRSÄLJNING SKA UPPHÖRA:**

<input type="checkbox"/> När ny ägare fått tillstånd	<input type="checkbox"/> Omedelbart	<input type="checkbox"/> Fr.o.m
------------------------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

**ANMÄLAN OM UPPHÖRANDE**

Bolaget upphör samtidigt med försäljning av	<input type="checkbox"/> Folköl (enligt alkohollagen(2010:1622))
<input type="checkbox"/> Elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare	

**ADRESS EFTER UPPHÖRANDET**

Efter upphörandet ska post skickas till adressen nedan
--------------------------------------------------------

**ÖVRIGA UPPLYSNINGAR**

--

**UNDERSKRIFT**

Underskrift av tillståndshavare (fimatecknare)	
Namnförtydligande	Anmälingsdatum

Behandling av personuppgifter – allmän information. Socialnämnden ansvarar för behandling av dina personuppgifter i enlighet med EU:s dataskyddsförordning (2016/679). Läs mer om hur Halmstads kommun hanterar personuppgifter på [Behandling av personuppgifter - Halmstads kommun](#)

Bekräftelse på mottagen avanmälan Datum:	Tillståndshandläggare Namn:
---------------------------------------------	--------------------------------