



Anmälan om provsmakning

EMMABODA KOMMUN
Socialtjänsten

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

Provsamakning registrerad enligt uppgifter i anmälan

Underskrift av tjänsteman	Namnförtydligande/befattning	Datum
---------------------------	------------------------------	-------

Postadress
Box 14
391 21 Emmaboda

Gatuadress
Järnvägsgatan 28

Telefon
0481-45129

Telefax
0481-45124

E-post
socialkontoret@emmaboda.se
erik.sandell@nybro.se