



ANMÄLAN SERVERINGSANSVARIGA PERSONER

**ÄLVSBYNS
KOMMUN**

Datum

Dnr

.....

.....

Arbete och integration

942 85 ÄLVSBYNS

Alkoholhandläggare Piteå kommun

Tel 0911/69 000 vx.

Namn.....

(på det bolag eller den person som bedriver rörelsen)

Organisations/personnummer.....

(på det bolag eller den person som bedriver rörelsen)

Restaurangens namn.....

Gatuadress.....

Postnummer/Ort.....

Telefonnummer.....**Restaurangnummer**.....

**Nedanstående personer anmäls som ansvariga för alkoholservingen enligt 8 kap 18 §
Alkohollagen (SFS 2010:1622).**

(Endast personer som är anställda av tillståndshavaren får anmälas).

Den som är serveringsansvarig skall med hänsyn till sina egenskaper och övriga omständigheter vara lämplig för uppgiften.

Efternamn, förnamn (tilltalsnamn)	Personnummer

Tillståndshavaren eller någon anmäld måste vara närvarande under hela serveringstiden.

.....
Underskrift (av behörig firmatecknare)

Anmälan skall sändas eller faxas till:

ÄLVSBYNS KOMMUN

Arbete och integration

942 85 ÄLVSBYNS

Faxnr 0929/174 01