



ANMÄLAN OM FOLKÖLSFÖRSÄLJNING

Namn på butik/servering.....

Försäljningsställets gatuadress.....

.....

Postadress.....

Telefonnummer.....

Innehavare.....

Organisationsnummer.....

Fakturerings-
adress.....

.....

Namnteckning.....

Anmälan om folkölsförsäljning samt upprättat egentillsynsprogram
skickas till:

Danderyds kommun
Socialkontoret
Alkoholhandläggaren
Box 28
182 11 Danderyd