



ANMÄLAN OM TOBAKSFÖRSÄLJNING

Namn på butik/servering.....

Försäljningsställets gatuadress.....

.....

Postadress.....

Telefonnummer.....

Innehavare.....

Organisationsnummer.....

Fakturerings-
adress.....

.....

Namn-teckning.....

Anmälan om tobaksförsäljning samt upprättat egentillsynsprogram
skickas till:

Danderyds kommun
Socialkontoret
Alkoholhandläggaren
Box 28
182 11 Danderyd