



MARIESTAD

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

Provsmakning registrerad enligt uppgifter i anmälan

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

Kyrkogatan 2

542 86 Mariestad

Tel 0501-75 50 00
Fax 0501-75 63 09
E-post social@mariestad.se

Bankgiro 5726-3840

Org nr 212000-1686