



Anmälan skickas till
Socialförvaltningen Tillståndsenheten

Tillståndshavare

Namn	Organisationsnummer
Adress	Tel nr/mobilnummer
Postadress	Faxnummer
E-postadress	Restaurangnummer

Serveringsställe

Serveringsställets namn	Telefonnummer	
Gatuadress	Postadress	
Datum	Från klockan	Till klockan

Underskrift

Underskrift av firmatecknare	Namnförtydligande	Datum
------------------------------	-------------------	-------

Registrering

<input type="checkbox"/> Provsmakning registrerad enligt uppgifter i anmälan		
Underskrift av tjänsteman	Namnförtydligande/befattning	Datum

Vi behandlar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR). Vill du veta mer om hur vi behandlar dina personuppgifter läs på www.kalmar.se/integritetspolicy