

## Anmälan upphörande av försäljning av tobaksvaror

enligt 5kap. 7 § lag om tobak och liknande produkter (2018:2088)

### Tillståndshavare

Bolagets namn		Organisationsnummer
Bolagets gatuadress		Mobilnummer
Postnummer och ort	E-postadress	

### Försäljningsställe

Namn	Gatuadress
Postnummer & postort	Namn på kontaktperson för försäljnings- eller driftställe

### Försäljningstillståndet/anmälan om försäljning ska upphöra:

<input type="checkbox"/> När ny ägare fått tillstånd	<input type="checkbox"/> Omedelbart	<input type="checkbox"/> Fr o m:
--	-------------------------------------	----------------------------------

### Anmälan om upphörande

Bolaget upphör samtidigt med försäljning av:

<input type="checkbox"/> Elektroniska cigaretter och påfyllnadsbehållare	<input type="checkbox"/> Folköl
--	---------------------------------

### Annan adress efter upphörandet

Efter upphörandet ska post skickas till följande adress:

--

### Övriga upplysningar

--

### Underskrift

Datum	Underskrift av tillståndshavare (firmatecknare)	Namnförtydligande
-------	---	-------------------

Blanketten skickas till  
Lerums kommun, Sektor stöd och omsorg, 443 80 LERUM

Personuppgifterna kommer att behandlas i Lerums kommuns datasystem. Mer information finns på hemsidan [www.lerum.se/personuppgifter](http://www.lerum.se/personuppgifter)

**Postadress**  
Lerums kommun  
443 80 Lerum

**Besöksadress**  
Stationsvägen 10

**Telefon/fax**  
0302-521000  
0302-521601 (fax)

**Webb/e-post**  
[www.lerum.se](http://www.lerum.se)  
stod-och-omsorg@lerum.se

**Org.nr** 212000-1447  
**Pg** 3 31 43-9  
**Bg** 547-6239