



Anmälan om upphörande av försäljningstillstånd för tobak

Försäljningsställe

Butik / webbadress		
Adress	Postnummer	Ort

Försäljningstillstånd upphör

Tillståndet ska upphöra fr.o.m.: _____
--

Nuvarande ägare

Bolagsnamn		Organisationsnummer
Adress	Postnummer	Ort
E-post		

Övriga upplysningar

--

Underskrift

Underskrift av firmatecknare	
Namnförtydligande	Datum
E-post	Mobiltelefon

När du skickar in dina uppgifter samtycker du till att vi hanterar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen. Läs mer om hur Göteborgs Stad behandlar dina personuppgifter på www.goteborg.se/dinapersonuppgifter