


**Tillståndshavare**

Tillståndshavare
Organisationsnummer/personnummer

**Serveringsställe**

Serveringsställe/tillredningsställe
Adress

**Upphörande av serveringstillstånd**

Anledning till upphörande	<input type="checkbox"/> Egen begäran
	<input type="checkbox"/> Byte av företagsform (exempelvis från HB till AB)
Serveringstillstånd ska upphöra fr.o.m. (ange datum)	
Övrig information	

**Underskrift**

Firmatecknarens underskrift
Namnförtydligande
Anmälningdatum