



Livsmedelsföretaget

Företagets namn/personnamn (om enskild firma)	Organisationsnummer/personnummer
Företagets adress	Postnummer och ort
Telefonnummer	Mobilnummer
Verksamhetens namn	Fastighetsbeteckning för verksamheten som upphör

Upphörande

Verksamheten upphör från och med (datum):

Underskrift

Ort och datum	Behörig firmatecknare, underskrift	Namnförtydligande
---------------	------------------------------------	-------------------

Skicka anmälan till: Stenungsunds kommun, Livsmedel, 444 82 Stenungsund.

Ovanstående uppgifter kommer att behandlas enligt Personuppgiftslagen (PUL). Du medger att informationen du lämnar får lagras och bearbetas i register av förvaltning/nämnd.