

**Ansökan om tillstånd för servering av alkoholdrycker till slutet sällskap vid enstaka tillfälle/tidsperiod**

Tillstånd enligt 8 kap 2 § alkohollagen (2010:1622) för servering av alkoholdrycker vid enstaka tillfälle/tidsperiod, provsmakning till slutet sällskap.

**Sökande**

Företag	Organisationsnummer
Adress	Telefon dagtid
Postadress	
E-postadress	

**Kontaktperson**

Förnamn	Efternamn
Telefon	E-postadress

**Serveringsställe**

Namn	
Utdelningsadress	Telefon
Postadress	Restaurangnummer
E-postadress	

**Serveringen ska ske till**

Ange till vilka alkoholserving ska ske
--

**Tillställningens art**

--

**Serveringens omfattning**

Antal sittplatser i bordsavdelning/matsal	Högst antal personer i serveringslokalen
Beräknat antal gäster	

**Alkoholdrycker som önskas serveras**

- Starköl  
 Vin  
 Spritdrycker  
 Andra jästa alkoholdrycker  
 Alkoholdrycksliknande preparat

**Matsservering**

Tillagad mat som ska serveras under tillställningen (ange vad)
--

**Serveringstid**

Datum f.r.o.m	Datum t.o.m
---------------	-------------

Personuppgifterna i denna blankett registreras och sparas i Arboga kommuns dataregister enligt dataskyddsförordningen.  
För ytterligare information se Arboga kommuns hemsida.

Postadress	Besöksadress	Telefon	Fax	Internet	Bankgiro	Org. nr
Box 87	Smedjegatan 5	0589-870 00	0589-126 65	www.arboga.se	481-1667	212000-2122
732 22 ARBOGA				socialforvaltningen@arboga.se		

Klockslag då servering önskas påbörjas respektive avslutas
--

**Serveringsansvarig**

Efternamn	Förnamn	Personnummer
-----------	---------	--------------

**Tidigare beslut**

Datum	Diarienummer
-------	--------------

**Underskrift**

Ort och datum	Namnförtydligande
Underskrift	

Blanketten skickas till:

Socialförvaltningen

Box 87

732 22 Arboga

E-post: [socialforvaltningen@arboga.se](mailto:socialforvaltningen@arboga.se)