

**Anmälan av serveringsansvariga personer**

8 kap 18 § alkohollagen om utsedda serveringsansvariga personer

Tillståndshavare/anmälan

Företagsnamn	Organisationsnummer
--------------	---------------------

Kontaktperson

Förnamn	Efternamn
Telefon	E-postadress

Serveringsställe

Namn	
Utdelningsadress	Telefon
Postadress	Restaurangnummer
E-postadress	

Serveringsansvarig personal

Namn	Personnummer

Underskrift

Ort och datum	Namnförtydligande
Underskrift	

Blanketten skickas till:
Socialförvaltningen
Box 87
732 22 Arboga
E-post: socialforvaltningen@arboga.se