



TILLSTÅNDSHAVARE

Namn	Organisationsnummer/personnummer
Gatuadress	Postnummer och postort
Telefon	Fax
E-postadress	Vid frågor om ansökan vill vi helst bli kontaktade via <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Brev

SERVERINGSTÄLLE/TILLVERKNINGSSTÄLLE/CATERINGVERKSAMHET

Namn	Restaurangnummer	
Gatuadress	Postnummer och postort	Telefon

ANSÖKAN AVSER

<input type="checkbox"/> Serveringslokal	<input type="checkbox"/> Uteservering	<input type="checkbox"/> Utökad serveringstid
--	---------------------------------------	---

UTÖKAD SERVERINGSLOKAL

Utökad serveringslokal inom vilka alkoholserving ska ske		
Enligt bifogad ritning	Högst antal personer i serveringslokalen	Antal sittplatser i bordsavdelning/matsal

SERVERINGENS OMFATTNING

Alkohol drycker som önskas serveras <input type="checkbox"/> Starköl <input type="checkbox"/> Vin <input type="checkbox"/> Spritdrycker <input type="checkbox"/> Annan jäst alkohol dryck*	Servering till <input type="checkbox"/> Allmänheten <input type="checkbox"/> Slutet sällskap
---	---

DATUM FÖR TILLSTÄLLNINGEN

20 - -

SERVERINGSTID

Klockslag då servering önskas påbörjas respektive avslutas i restauranglokal (11.00 – 01.00 om inget annat anges)
Klockslag då servering ska påbörjas respektive avslutas på uteservering söndag till torsdag (11.00 – 23.00 om inget annat anges)
Klockslag då servering ska påbörjas respektive avslutas på uteserveringen fredag till lördag samt dag före helgdag (11.00 – 01.00 om inget annat anges)

BESKRIVNING AV TILLSTÄLLNINGEN

	Prövningsavgift betald (datum, bifoga kvitto)
--	--

UNDERSKRIFT

Underskrift av tillståndshavare (firmatecknare)	
Namn förtydligande	Ansökningsdatum

* Med annan jäst alkohol dryck avses t ex cider, fruktviner och bärviner