



Sökande

Organisationsnummer	Företagets/sökandes namn och adress
Telefonnummer (även riktnummer)	
Mobilnummer	
Epost	Kontaktperson

Serveringsställe

Lokaler inom vilka alkoholserving ska ske	Restaurangnummer 2505	
Gatuadress	Postnummer	Postort
Serveringsansvarig (ska vara minst 20 år fyllda)	Personnummer	

Serveringens omfattning

Typ av arrangemang			
Tillagad mat som ska serveras			
Beräknat antal gäster	Typ av publik		
Alkoholdrycker som önskas serveras			
Starköl <input type="checkbox"/>	Vin <input type="checkbox"/>	Spritdrycker <input type="checkbox"/>	Andra jässta alkoholdrycker <input type="checkbox"/>

Serveringstid

Datum	Serveringen börjas tidigast kl	Serveringen avslutas senast kl
-------	--------------------------------	--------------------------------

Underskrift

Underskrift av behörig firmatecknare	Namnförtydligande	Datum
--------------------------------------	-------------------	-------

Ansökan skickas till Arvidsjaur kommun, Socialkontoret, 933 81 Arvidsjaur

Ifylls av handläggare

Ansökan inkommen	Diarienummer	Arkivering
------------------	--------------	------------

Beslut

<input type="checkbox"/> Tillstånd beviljas enligt ansökan med stöd av 8 kap 2 §alkohollagen		
Förtydligande		
Annat beslut		
Underskrift av beslutsfattare	Namnförtydligande	Beslutsdatum