



Tillståndshavare	Namn	Orgnr/ persnr
	Adress	Telefonnr
	Postadress	Mobilnr
	E-postadress	

Serverings- ställe	Namn			
	Gatuadress	Postnummer	Postort	
	Datum	Från klockan	Till klockan	

Underskrift	Underskrift av sökanden	Namnförtydligande	Datum
--------------------	-------------------------	-------------------	-------

Registrering

<input type="checkbox"/> Provsmakning registrerad enligt uppgifter i anmälan		
Underskrift av tjänsteman	Namnförtydligande/befattning	Datum