

<b>Anmälan gäller</b>	<input type="checkbox"/> Anmälan	
	<input type="checkbox"/> Avanmälan (försäljning av tobaksfria nikotinprodukter ska upphöra)	
<b>Uppgifter om anmälare</b>	Bolagets namn	Organisationsnummer
	Utdelningsadress	
	Fakturaadress	
	Kontaktpersons namn	
	Telefonnummer kontaktperson	E-post kontaktperson
<b>Datum</b>	Datum då försäljning ska starta. Ange dag, månad och år.	
	Datum då försäljning ska upphöra. Ange dag, månad och år.	
<b>Uppgifter om försäljningsställe</b>	Verksamhetens namn	Verksamhetens inriktning (tobaksaffär, butik, kiosk etc.)
	Besöksadress	Telefonnummer
<b>Underskrift</b>	Signatur	Datum
	Namnförtydligande	

**Handlingar som ska bifogas anmälan:**

- 
- Egenkontrollprogram

Kommunen kommer ta ut en avgift för anmälan. Mer information finns på kommunens hemsida [Gislaved.se](http://Gislaved.se).

## SAMHÄLLSUTVECKLINGSFÖRVALTNINGEN

POSTADRESS

Gislaveds kommun  
332 80 Gislaved

BESÖKSADRESS

Stortorget 1  
Gislaved

TELEFON

0371-81000

E-POST/WEBB

[kommunen@gislaved.se](mailto:kommunen@gislaved.se)  
gislaved.se

ORGANISATIONSNR

212000-0514

GIRO

Bankgiro 426-7225