



Meritförteckning

Sökande av tillstånd för alkoholserving (Skall styrkas genom skriftliga bilagor)

Personuppgifter

Förnamn	Efternamn	Personnummer	Datum
---------	-----------	--------------	-------

Tidigare tillstånd för alkoholserving

Tidsperiod		Restaurangens namn, ort	Bilaga nr
Från och med	Till och med		

Tidigare ansvar för alkoholserving

Tidsperiod		Restaurangens namn, ort	Bilaga nr
Från och med	Till och med		

Övrig branschvana

Tidsperiod		Restaurangens namn, ort	Bilaga nr
Från och med	Till och med		

Utbildning och kurser

Tidsperiod		Restaurangens namn, ort	Bilaga nr
Från och med	Till och med		

Underskrift av kontrollant

Namnsteckning	Namnförtydligande	Telefonnummer
---------------	-------------------	---------------

POSTADRESS

Ljungby kommun, Alkoholhandläggare,
Södra Torggatan 1, 341 83 Ljungby

E-POST

info@ljungby.se

TELEFON

0372-78 90 00 vx

FAX

0372- 78 91 44

ORG NR

212000-0670

WEBBPLATS

www.ljungby.se