

**Anmälan om ändring/upphörande  
av livsmedelsanläggning**

Ragunda Kommun

Box 150 , 844 21 Hammarstrand

ragunda.kommun@ragunda.se, 0696-68 20 00

\* = Obligatorisk uppgift

**Livsmedelsanläggning**
 Namn\*

 Fastighetsbeteckning\*

 Utdelningsadress\*

 Postnummer\*

 Postort\*

 Telefon (även riktnummer)\*

 E-postadress

**Kontaktperson**
 Förnamn\*

 Efternamn\*

 Telefon (även riktnummer)

 E-postadress

**Anmälan avser\***

- Upphörande, fr.o.m. datum .....
- Ändring, redogörelse enligt nedan

**Redogörelse för ändring\***

**Anmälare/verksamhetsutövare**
 Företag\*

 Organisationsnummer\*

 Telefon (även riktnummer)\*

 Utdelningsadress\*

 Postnummer\*

 Postort\*

 E-postadress

**Kontaktperson**
 Förnamn\*

 Efternamn\*

 Telefon (även riktnummer)

 E-postadress

Ragunda Kommun

**Fakturaadress och fakturareferens**

**Fastighetsägare**




**Kontaktperson** (om fastighetsägaren är ett företag)







Avgift betalas enligt av kommunen fastställd taxa.

**Underskrift**

**Hantering av personuppgifter:**

Kommunen blir personuppgiftsansvarig för personuppgifterna först när den ifyllda blanketten tagits emot av kommunen. Uppgifterna kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen. För mer information om hur personuppgifterna behandlas i ditt ärende hänvisas till kommunens hemsida.