



**ANSÖKAN & BESLUT  
om tillfälligt serveringstillstånd**

Dnr:

Enligt 8 kap. 2 § alkohollag (2010:1622) för servering till slutet sällskap av alkoholdrycker vid en enstaka tidsperiod eller ett enstaka tillfälle

**Sökande**

Bolagets namn/namn	Organisationsnummer/personnummer	
Adress	Postnummer	Postadress
Mobil/tel.nr.	E-post	

**Serveringsställe**

Serverings-/tillredningsställe		
Adress	Postnummer	Postadress

**Serveringens omfattning**

Tillställningens art		
Till vem ska servering ske (t.ex. föreningsmedlemmar, anställda etc.)		
Antal medlemmar/anställda som beräknas närvara vid festen		
Ange matutbud		
Datum för tillställning	Servering önskas påbörjas (klockslag)	Servering önskas avslutas (klockslag)
Alkoholdrycker som önskas serveras till slutet sällskap	<input type="checkbox"/> Spritdrycker <input type="checkbox"/> Vin	<input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Andra jästa alkoholdrycker

**Serveringsansvarig**

Förnamn	Efternamn	Personnummer

## Kunskaper

(Styrelsemedlemmar eller personer med betydande inflytande som klarat kunskapsprovet med resultatet: Godkänd)

Namn	Personnummer	Datum för godkännande

### Bilagor till ansökan

- Bevis kunskapsprovet
- Firmateckning
- Föreningsstadgar (behövs endast första gången förening söker tillstånd)
- Kopia på kvitto för inbetald ansökningsavgift
- Markupplåtelse/hyresavtal/nyttjanderättsavtal
- Meny
- Ritning serveringslokal
- Registreringsbevis (Bolagsverket/Skatteverket)
- Styrelseprotokoll (inkl. personnummer)

### Underskrift

\_\_\_\_\_  
Firmatecknarens underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Ansökningsdatum

### Beslut

- Tillstånd beviljas enligt ansökan
- Tillstånd beviljas ej enligt ansökan (se bilaga för beslutsunderlag)

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Befattning

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Diarienummer

### Hur beslut överklagas

Om du vill överklaga detta beslut ska det göras skriftligt. Din överklagan ska ha inkommit till kommunen senast tre veckor efter att du har tagit del av beslutet. Ange vilket beslut som överklagas genom att hänvisa till diarienummer eller paragrafer i protokollet. Ange vilken del av beslutet du anser är oriktig och vilken ändring du vill ha. Det är viktigt att du motiverar varför du anser att beslutet är oriktigt, bifoga gärna handlingar eller annat som stöder din uppfattning. Överklagan ska även innehålla namn, adress, person-/organisationsnummer, telefonnummer och underskrift.

Överklagan ska skickas till: Surahammars kommun

Om överklagan har inkommit i rätt tid skickas den vidare till förvaltningsdomstol för prövning såvida inte den som fattat beslutet finner stöd för att ändra det.

Om något är oklart,

Kontakta: susanne.hjerp@surahammar.se