

Anmälan om provsmakning

* Obligatoriska fält

Tillståndshavare

Organisationsnummer*
Företagets namn*
Adress*
Postnummer*
Ort*
E-post
Telefon*

Serveringsställe

Serveringsställets namn*
Gatuadress*
Postnummer*
Ort*
Eventuellt restaurangnummer

Drycker som ska ingå

Starköl* (Du kan endast välja ett alternativ)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Vin* (Du kan endast välja ett alternativ)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Spritdrycker* (Du kan endast välja ett alternativ)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Annan jäst alkoholdryck* (Du kan endast välja ett alternativ)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift