



# Anmälan om upphörande av försäljning av elektroniska cigaretter och påfyllnadsbehållare

**Ägare**

Bolagsnamn/Namn		Organisationsnummer/personnummer	
Gatuadress		Postnummer och postort	
Uppför från och med	Adress efter upphörande (om annan)		
Kontaktperson		Telefonnummer	
E-postadress			

**Försäljningsställe**

Namn på försäljningsställe	
Gatuadress	Postnummer och postort

**Orsak till att försäljningen upphör**

--

**Underskrift**

Firmatecknarens underskrift
Namnförtydligande
Datum

**Socialförvaltningen**

**Postadress:** Järfälla kommun  
Socialförvaltningen  
177 80 JÄRFÄLLA

**Tel:** 08-580 285 00  
**E-post:** socialnamnden@jarfalla.se  
**Besöksadress:** Vibblabyvägen 3