

**Introduktion**

Anmälan om registrering av livsmedelsanläggning

Enligt artikel 6 i förordning (EG) 852/2004 samt LIVSFS 2005:20

Till anmälan om registrering ska bifogas även blanketten om verksamhetsbeskrivning. Se www.lidingo.se/blanketter

Enligt artikel 1 i förordning (EG) nr 852/2004, ligger det primära ansvaret för livsmedelssäkerheten hos livsmedelsföretagaren.

Enligt artikel 5, punkt 1, i förordning (EG) nr 852/2004, skall livsmedelsföretagare inrätta, genomföra och upprätthålla ett eller flera permanenta förfaranden, grundade på HACCP-principerna.

Observera att vissa bygglov krävs för vissa åtgärder. För vidare information, kontakta bygglovsenheten, Lidingö stad.

För frågor om fettavskiljare kontakta tekniska förvaltningen, Lidingö stad.

Avgifter

För handläggning av anmälan tas avgift ut enligt taxa fastställd av kommunfullmäktige. För avgifter och aktuell taxa se www.lidingo.se

Övrigt

Utskriven anmälan med bilagor kan skickas till:

Lidingö stad

#Miljö- och stadsbyggnadskontoret

181 82 Lidingö

För att starta formuläret vänligen klicka 'Framåt'.

Anmälan avser

Anmälan avser * (Endast ett val)

Ny livsmedelsanläggning

Ny ägare, namn (vid ägarbyte)

Planerad verksamhetsstart *

Namn på ny ägare *

Datum för ägarbyte *



| | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| Tidigare verksamhetsutövare * | | |
| | | |
| Tidsperiod anmälan avser * (Endast ett val) | Från och med * | Till och med * |
| | <input type="checkbox"/> Tillsvidare | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tidsbegränsat | | |

Fastighetsuppgifter**Livsmedelsanläggningen**

Ange uppgifter om anläggningen

| | | |
|--------------------------------|----------------|--------------------|
| Livsmedelsanläggningens namn * | Besöksadress * | Telefonnummer * |
| | | |
| Verksamhetsansvarig * | Postnummer * | Mobiltelefonnummer |
| | | |
| | Ort * | Mejladress * |
| | | |

Ambulerande verksamhet

Ange uppgifter om anläggningen

| | | |
|--|---|---------------------|
| Är verksamheten ambulerande? * (Endast ett val) | Vilken typ av anläggning är det (Endast ett val) | Registreringsnummer |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Fordon | |
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Tält, stånd eller dyl. | |
| | <input type="checkbox"/> Övrigt | |
| | | Ange vad * |
| | | |

Fastighetsägare**Fastighetsägaren**

Ange kontaktuppgifter till fastighetsägaren.

| | | |
|-------------------|--------------|--------------------|
| Fastighetsägare * | Adress * | Telefonnummer * |
| | | |
| | Postnummer * | Mobiltelefonnummer |
| | | |



| | | |
|--|-----|--------------|
| | Ort | Mejladress * |
| | | |

Övrigt

Försäljning av tobaksvaror

Observera! Vid försäljning av tobak ska detta anmälas via ett separat formulär: Anmälan om försäljning av tobaksvaror, se www.lidingo.se

Kommer ni att sälja tobak * (Endast ett val)

- Ja
 Nej

Upplysningar

Övriga upplysningar

Verksamhetsbeskrivning

Ange hur verksamhetsbeskrivningen kommer att bifogas * (Endast ett val)

- Bifoga här verksamhetsbeskrivningen
 Verksamhetsbeskrivningen skickas i pappersformat till miljö- och stadsbyggnadskontoret.

Bifoga

Var god skriv ner namnen eller annan identifikation, och beskrivning av de bifogade filer som skickas med ansökan.

| Bilagans Namn/ID-nummer | Beskrivning av bilaga |
|-------------------------|--------------------------|
| | Verksamhetsbeskrivningen |
| | |

Blanketten finns på Lidingö stad, se www.lidingo.se

Företagsuppgifter

Fyll i företagsuppgifterna

| | | |
|-------------------------------|----------|-----------------|
| Person-/Organisationsnummer * | Adress * | Telefonnummer * |
| | | |



| | | |
|-----------------------------|--------------|--------------------|
| Företagsnamn * | Postnummer * | Mobiltelefonnummer |
| Firmatecknarens förnamn * | Ort * | Mejladress * |
| Firmatecknarens efternamn * | | |

Faktureringsadress

Till vilken adress ska fakturan skickas? * (Endast ett val)

- Till livsmedelsanläggningens adress
- Företagets
- Annan adress

c/o

Utdelningsadress *

Postnummer *

Ort *

Underskrift

Datum och ort

Signatur

Namnförtydligande