|  |  |
| --- | --- |
|  | **ILMOITUS**  **ilmoitus nikotiinivalmisteiden vähittäismyynnin lopettamisesta** |
| **Kuusamon kaupunki**  **Posion kunta**  **Taivalkosken kunta** | **Dnro ja saapumispäivämäärä** (viranomainen täyttää) |

Ilmoitus koskee  Tupakkatuotteiden vähittäismyynnin lopettamista       lähtien

Nikotiinituotteiden vähittäismyynnin lopettamista       lähtien

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Toimija | Toimijan nimi | | | |
| Toimijan Y –tunnus (tai henkilötunnus) | | | |
| Osoite ja postitoimipaikka | | Kotikunta | |
| Yhteyshenkilö | Puhelinnumero | | Sähköpostiosoite |
| Tupakkatuotteiden vähittäismyyntiluvan lupanumero | | | |
| 2. Toimipaikan nimi ja sijainti (vähittäismyyntipaikka) | Nimi (markkinointinimi) | | | |
| Myynnistä vastaavan nimi, ammattinimike ja yhteystiedot | | | |
| Postinumero ja postitoimipaikka | | | |
| Käyntiosoite | | | |
| Sijaintikunta | | | |
| 3. Toimijan allekirjoitus ja nimenselvennys | Paikka Päivämäärä | Allekirjoitus ja nimenselvennys | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ilmoitus toimitetaan Kuusamon kaupungin terveysvalvonnan yksikköön** | | |
| Viranomainen täyttää | | |
| Ilmoitus on täytetty asianmukaisesti  kyllä  ei  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_  Viranhaltijan allekirjoitus | Lisätietoja on pyydetty  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  Viranhaltijan allekirjoitus | Pyydetyt lisätiedot on saatu  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_  Viranhaltijan allekirjoitus |