

UMSÓKN UM STARFSLEYFI

Ný starfsemi Endurnýjun Eigendaskipti Breytingar á húsnæði Breyting á starfsemi

Nafn fyrirtækis _____ Kt. _____

Aðsetur starfseminnar _____ Húshluti: _____

Póstnr. _____

Sími: _____ Farsími: _____ Fax: _____ Netfang: _____

Nafn eiganda/prókúruhafa _____ Kt. _____

Lögheimili _____ Póstnr. _____

Teikningar og vottorð sem fylgja umsókninni _____

Tegund rekstrar og framleiðslu

Starfsemin hefst / hófst _____

Eigandi / forráðamaður skuldbindur sig til að sjá svo um að starfsemi og rekstur fyrirtækisins sé í samræmi við gildandi lög um hollustuhætti og mengunarvarnir og önnur lög eða reglur er starfsemina varða. Fyrirhugaðar meiriháttar breytingar á húsnæði, framleiðslu eða rekstri skulu gerðar í samráði við heilbrigðiseftirlitið.

Staður og dagsetning _____

Undirskrift eiganda / prókúruhafa _____

Útfyllist af heilbrigðiseftirliti:

ÍSAT nr: _____

Mótttekið _____

Svarað _____

Afgreiðsla heilbrigðisnefndar _____

