

Ansuchen um TRAFIKVERLEGUNG



An die Monopolverwaltung für
zuständige Monopolstelle auswählen

..... M/W/D/Firma Nachname Vorname
..... Firmenwortlaut Sozialversicherungsnummer Geburtsdatum
..... Straße Trafikstandort	 Hausnummer
..... PLZ Ort E-Mail-Adresse
..... Telefon/Mobiltelefon Kundennummer Standortnummer

Hiermit ersuche ich um Erteilung der Bewilligung zur Verlegung meiner Tabaktrafik
(Tabakfachgeschäft/Tabakverkaufsstelle) vom bisherigen oben angeführten Standort nach:

..... Straße Hausnummer PLZ Ort
-----------------	---------------------	--------------	--------------

Begründung:

.....
.....
.....
.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift