

Mittätigkeits-ABMELDUNG von Angehörigen



An die Monopolverwaltung für
zuständige Monopolstelle auswählen

.....
M/W/D Nachname Vorname

.....
Sozialversicherungsnummer Geburtsdatum Angehörigenverhältnis (Ehegatt*in, Kind)

Hiermit zeige ich die Abmeldung der Mittätigkeit der oben genannten Personen per in
meinem Tabakfachgeschäft an.

.....
Firmenwortlaut Name Trafikant*in

.....
Straße Hausnummer

.....
PLZ Ort

.....
Standortnummer Kundennummer

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift