

# 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