

Mittätigkeits-ANMELDUNG von Angehörigen



An die Monopolverwaltung für
zuständige Monopolstelle auswählen

Gem. §31 Abs. 8 TabMg 1996 gebe ich die Mittätigkeit folgender Person in meinem Tabakfachgeschäft an:

..... M/W/D	..... Nachname	..... Vorname
..... Sozialversicherungsnummer	..... Geburtsdatum	..... Angehörigenverhältnis (Ehegatt*in, Kind)
..... Straße	.....	..... Hausnummer
..... PLZ	..... Ort	
..... Beginn der Mittätigkeit (Datum)	..... Stundenausmaß pro Woche	..... Grad der Behinderung des Anghörigen in % (falls zutreffend)

Daten zur Trafik:

..... Firmenwortlaut	..... Name Trafikant*in	
..... Straße	.....	..... Hausnummer
..... PLZ	..... Ort	
..... Standortnummer	..... Kundennummer	

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift