

## Umsókn um starfsleyfi

- Ný starfsemi                       Endurnýjun leyfis                       Eigendaskipti  
 Breytt starfsemi                       Breytingar á húsnæði                       Flutningur í nýtt húsnæði

Nafn rekstraraðila: \_\_\_\_\_ Kt.: \_\_\_\_\_

Heimilisfang rekstraraðila: \_\_\_\_\_ Póstnr.: \_\_\_\_\_

Nafn fyrirtækis: \_\_\_\_\_ Aðsetur: \_\_\_\_\_

Póstnr.: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Netfang: \_\_\_\_\_

Tegund rekstrar og framleiðslu: \_\_\_\_\_

Nafn forsvarsmanns: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_

Starfsemin hefst/hófst: \_\_\_\_\_

Forsvarsmáður skuldbindur sig til að sjá svo um að starfsemi og rekstur fyrirtækisins sé í samræmi við gildandi lög um hollustuhætti og mengunarvarnir, heilbrigðisreglugerð, matvælaeignreglugerð, mengunarvarnareglugerð svo og önnur lög og reglur er starfseminna varða.

Fyrirhugaðar meiriháttar breytingar á húsnæði, framleiðslu og rekstri skulu gerðar í samráði við Heilbrigðiseftirlit Kjósarsvæðis.

Staður og dagsetning

Undirskrift forsvarsmanns

Umsókn móttokin:

Umfjöllun:

Afgreiðsla Heilbrigðisnefndar:

Ísat-  
flokkun: \_\_\_\_\_ Samþykkt  
húsnæði: \_\_\_\_\_ Númer  
leyfis: \_\_\_\_\_ Innra  
eftirlit \_\_\_\_\_