



Umsókn um starfsleyfi

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

Nafn fyrirtækis: _____ Aðsetur: _____

Póstnr.: _____ Kt.: _____ Sími: _____

Fax: _____ Netfang: _____

Nafn rekstraraðila: _____ Kt.: _____

Heimilisfang rekstraraðila: _____ Póstnr.: _____

Tegund rekstrar og/eða framleiðslu: _____

Nafn forsvarsmanns: _____ Sími: _____

Kennitala forsvarsmanns: _____ Starfsemin hefst/hófst: _____

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

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

_____ Staður og dagsetning

_____ Undirskrift forsvarsmanns

Umsókn móttakin:

Umfjöllun:

Afgreiðsla Heilbrigðisnefndar:

Ísat-
flokkun:

Samþykkt
húsnæði:

Númer
leyfis:

Innra
eftirlit