|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *1. Fyll i de gråmarkerade fälten i formuläret. Skicka signerad anmälan till* [***exportfragor@slv.se***](mailto:exportfragor@slv.se)  *2. Om avanmälan gäller flera länder – använd ett formulär för varje land.*  **1. Avanmälan gäller (välj land och produkt)**   |  |  | | --- | --- | | Land: | Produkt: | | Anledning till avanmälan/avlistning: | | | *Vid avlistning/avanmälan för export till Ryssland, notera att anläggningen också avlistas för export till övriga medlemsländer inom EaEU. När anläggningen väl är avlistad går det inte att återlistas för export. Ryssland listar i nuläget inte nya anläggningar för export.* | |   **2. Uppgifter om livsmedelsföretaget** | | | | | | | |
| Företagsnamn: | | | | | | | |
| Organisations-/person-/samordningsnr: | | | | | | | |
| Postadress: | | | | | | | |
| Postnr: | | | | Ort: | | | |
| Telefon: | | | | | | | |
| Fax: | | | | | | | |
| E-postadress: | | | | | | | |
| Webbadress: | | | | | | | |
| Besöksadress: | Samma som ovan | | | | | | |
| Annan än ovan: | | | | | | |
|  | Adress: | | | Postnr: | | | Ort: |
| **Uppgifter om behörig firmatecknare** | | | | | | | |
| Förnamn: | | | Efternamn: | | Titel: | | |
| Telefon: | | | Mobil: | | E-postadress: | | |
| **Uppgifter om kontaktperson (om annan än behörig firmatecknare)** | | | | | | | |
| Förnamn: | | Efternamn: | | | | Titel: | |
| Telefon: | | Mobil: | | | | E-postadress: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Uppgifter om livsmedelsanläggningen** | |
| Anläggningens namn: | |
| Godkännandenr (om befintlig anläggning): | |
| Anläggningens belägenhet: | |
| Län: | Kommun: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Besöksadress: | Samma som anläggningens postadress | | |
| Annan än ovan: | | |
|  | Adress: | Postnr: | Ort: |

**4. Sökandes underskrift**

|  |  |
| --- | --- |
| Ort: | Datum: |
| Behörig firmatecknares underskrift: | |
| Behörig firmatecknares namnförtydligande: | |