**Umsókn um breytingu á rekstrarleyfi neyslurýmis**

**Sveitarfélög sem hyggjast breyta starfsemi neyslurýmis skulu sækja um það til embættis landlæknis í samræmi við 4. gr** [**reglugerðar**](https://www.reglugerd.is/reglugerdir/allar/nr/1188-2008) **um neyslurými nr.** [**170/2021**](https://www.reglugerd.is/reglugerdir/eftir-raduneytum/hrn/nr/22358)**.**

**Undirritaða umsókn ásamt fylgiskjölum skal senda embætti landlæknis, Katrínartúni 2, 105 Reykjavík eða á netfangið** **mottaka@landlaeknir.is**

**Merkja þarf við hvers konar breytingu er um að ræða:**

[ ]  Nafn og kennitala ábyrgs sveitarfélags

[ ]  Heiti og kennitala rekstraraðila neyslurýmis

[ ]  Nafn og kennitala neyslurýmis

[ ]  Póstfang, póstnúmer og staður neyslurýmis

[ ]  Tölvupóstfang rekstraraðila

[ ]  Breyting á heilbrigðisþjónustu, þá þarf að gera grein fyrir henni sbr. kafla B. í 7. gr. reglugerðar nr. 170/2021:

[ ]  Nafn, kennitala og menntun vaktstjóra sbr. 9. gr. og 10. gr. reglugerðar, nr. 170/2021

[ ]  Annað, sjá dálk undir almennum upplýsingum

|  |
| --- |
| Almennar upplýsingar |
| *Hér fyrir neðan skal skrá sveitarfélag sem ber ábyrgð á neyslurýminu sbr. 7. gr. reglugerðar nr. 170/2021* |
| Nafn ábyrgs sveitarfélags fyrir breytingu:      | Nafn ábyrgs sveitarfélags eftir breytingu:       |
| Kennitala ábyrgs sveitarfélags fyrir breytingu:      | Kennitala ábyrgs sveitarfélags eftir breytingu:      |
| Tölvupóstfang sveitarfélags fyrir breytingu :dsfsdf | Tölvupóstfang sveitarfélags eftir breytingu:       |
| *Hér fyrir neðan skal skrá breytingu á heiti og kennitölu neyslurýmis* |
| Heiti rekstraraðila fyrir breytingu:      | Heiti rekstraraðila eftir breytingu:      |
| Kennitala rekstraraðila fyrir breytingu:        | Kennitala rekstraraðila eftir breytingu:      |
| Heiti neyslurýmis fyrir breytingu:       | Heiti neyslurýmis eftir breytingu:       |
| Póstfang, póstnúmer og staður neyslurýmis fyrir breytingu:       | Póstfang, póstnúmer og staður neyslurýmis eftir breytingu:       |
| Tölvupóstfang rekstraraðila fyrir breytingu:       | Tölvupóstfang rekstraraðila eftir breytingu:       |
| Nafn, kennitala og menntun vaktstjóra fyrir breytingu:       | Nafn, kennitala og menntun vaktstjóra eftir breytingu:      |
| Annað:       |

|  |
| --- |
|  **Vinsamlegast sendið fylgiskjöl yfir þær breytingar sem umsóknin nær til**  |
| [ ]  1. Afrit af staðfestingu skráningar á skráningarskyldum atvinnurekstri á grundvelli reglugerðar nr. 830/2022. |
| [ ]  2. Fjárhagsáætlun samanber 4. gr. reglugerðar nr. 170/2021. |
| [ ]  3. Húsreglur samanber 4. gr. reglugerðar nr. 170/2021. |
| [ ]  4. Afrit af samningi sveitarfélags og rekstraraðila um rekstur neyslurýmis samanber 4. gr. reglugerðar nr. 170/2021. |
| [x]  5. Ítarleg lýsing á fyrirhugaðri starfsemi samanber 9. gr. reglugerðar nr. 170/2021. |
| [ ]  6. Gæðahandbók um starfsemina með efnisyfirliti yfir staðfest skjöl og skjöl í vinnslu samanber 9. gr. reglugerðar nr. 170/2021, sem og skjölin sjálf. |
| [ ]  7. Starfslýsingar starfsmanna samanber 9. gr. reglugerðar nr. 170/2021. |
| [ ]  8. Verklýsingar samanber 9. gr. reglugerðar nr. 170/2021. |
| [ ]  9. Upplýsingar um nafn, kennitölu og menntun vaktstjóra samanber 9. gr. og 10. gr. reglugerðar nr. 170/2021. |
| [ ]  10. Annað: Skila þarf inn greinargerð um hver breytingin felur í sér. |

Með undirskrift minni staðfesti ég að ársskýrsla samkvæmt 5. gr. reglugerðar nr. 170/2021 verður send embætti landlæknis árlega.

Með undirskrift minni staðfesti ég að rekstur og starfsemi neyslurýmis verði í einu og öllu í samræmi við ákvæði reglugerðar nr. 170/2021.

Með undirskrift minni votta ég að framangreindar upplýsingar séu réttar og að frekari upplýsingum og gögnum verði skilað til embættis landlæknis sé þess krafist.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Undirskrift ábyrgðaraðila Dagsetning umsóknar