**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. |
| 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