

An die

- Monopolverwaltung für Wien, Niederösterreich und Burgenland
- Monopolverwaltung für Tirol und Vorarlberg
- Monopolverwaltung für Oberösterreich und Salzburg
- Monopolverwaltung für Steiermark und Kärnten  
(bitte zuständige Monopolstelle ankreuzen und Ansuchen dort einbringen)

### **Mittätigkeitsmeldung von Angehörigen**

Ich zeige Ihnen gem. §31 Abs. 8 TabMg 1996 die Mittätigkeit folgender Person in meinem Tabakfachgeschäft an:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Angehörigenverhältnis: (Ehegatte, Kind, Enkelkind): \_\_\_\_\_

Beginn der Mittätigkeit: \_\_\_\_\_

Stundenausmaß pro Woche: \_\_\_\_\_

Grad der Behinderung des Anghörigen (falls zutreffend): \_\_\_\_\_

Name des Trafikanten: \_\_\_\_\_

Trafikadresse: \_\_\_\_\_

Standort- oder Kundennummer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

*Beilage:* Kopie der Anmeldung zur Sozialversicherung