

## Änderung der Öffnungszeiten für Tabakfachgeschäfte

Standortnummer:	
Kundennummer:	
Name:	
Vorname:	
Adresse:	
PLZ:	
Ort:	
Tel.Nr.:	
Fax Nr.:	
E-Mail:	

**Hiermit teile ich mit, dass ich beabsichtige, die Öffnungszeiten wie folgt zu ändern:**

Wochentag:		Std.	Min.		Std.	Min.		Std.	Min.		Std.	Min.
Montag	von:			von:			und von:			bis:		
Dienstag	von:			von:			und von:			bis:		
Mittwoch	von:			von:			und von:			bis:		
Donnerstag	von:			von:			und von:			bis:		
Freitag	von:			von:			und von:			bis:		
Samstag	von:			von:			und von:			bis:		
Sonntag	von:			von:			und von:			bis:		

**Ich halte mich damit innerhalb der Rahmenöffnungszeiten.**

**Ich ersuche um Genehmigung der o.a. Öffnungszeiten.**

**Monopolverwaltung für Wien, Niederösterreich und Burgenland**, Porzellangasse 47, 1090 Wien, Tel.Nr. 01/319 00 30 - 0, Fax Nr.: 01/319 00 30 - 40

**Monopolverwaltung für Oberösterreich und Salzburg**, Starhembergstraße 28, 4020 Linz, Tel.Nr.: 0732/654082, Fax Nr.: 0732/654082 - 20

**Monopolverwaltung für Steiermark und Kärnten**, Lazarettgürtel 55, 8020 Graz, Tel.Nr.: 0316/764034, Fax Nr.: 0316/764034 - 10

**Monopolverwaltung für Tirol und Vorarlberg**, Amraser Straße 78, 6020 Innsbruck, Tel.Nr.: 0512/390532, Fax Nr.: 0512/390532 - 32