



### Toiminnanharjoittajan vaihtuminen

1 Toiminnanharjoittajan yhteystiedot	Toiminimi/Toiminnanharjoittaja		
	Osoite		Y-tunnus
	Postinumero	Toimipaikka	Kotikunta
	Puhelin		fax/sähköposti
	Laskutusosoite		
	Päätöksen postitusosoite		
2 Toimipaikan nimi ja sijainti	Toimipaikan / Kohteen uusi nimi		
	Puhelin		fax/sähköposti
	Käyntiosoite		
	Huoneiston omistaja		Puhelin
	Isännöitsijä		Puhelin
	Huoneiston edellinen nimi		
3 Toiminnan kuvaus			
	Aloitusajankohta / käyttöönottopäivämäärä		



4 Mahdolliset muutokset toiminnassa / tiloissa	
Päiväys	_____ / _____ 20__
Allekirjoitus	
Nimenselvennys	

Nimi- ja osoitetiedot rekisteröidään ympäristöterveydenhuollon käytössä olevaan tietojärjestelmään.

**Toimitusosoite:**

Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä  
Ympäristöterveysosasto  
Kallionkatu 10–16 C, 11100 RIIHIMÄKI

**Sähköposti:** ytos@riihimaki.fi

Tarkastaja täyttää	Ilmoitus on täytetty asianmukaisesti tarvittavine liitteineen <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
	<input type="checkbox"/> Asiakirjan täydennyspyyntö annettu/ lähetetty, pvm _____	
	<input type="checkbox"/> Tarvittavat täydennysasiakirjat vastaanotettu, pvm _____	
Tarkastajan allekirjoitus	Tarkastajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Paikka ja päivämäärä