# Blankett för tillsynsanteckningar TAM

|  |
| --- |
| **Ärende**Tillsynsbesök med anledning av försäljning av alternativ medicin. |
| **Verksamhetens namn** |
| **Datum och tid för besöket** |
| **Närvarande från Länsstyrelsen (2 personer), butiksansvarig på plats** |
| Uppger verksamhetsutövaren att denne känner till lagstiftningen? |  Ja  Nej |
| Har verksamhetsutövaren fått information om [kampanjen/tillsynsbesöket]? |  Ja, genom:  hemsida  brev media  annat  Nej |
| Kan verksamhetsutövaren visa giltig dokumentation? |  Ja  Nej |
| Begäran om att skicka in dokumentation senare |  Ja, senast ………………….  Nej |
| **Övriga upplysningar** |

*På baksidan av denna blankett finns möjlighet att lista de aktuella produkter som fanns i verksamheten vid tillsynsbesöket.*

**Produkter i verksamheten vid besökstillfället**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Produkt** | **Pris** | **CITES-art** | **Antal/mängd** | **Fotografinummer** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |