

Bilaga 1 B

[1451 B] Mallar för formulären om ansökan av bindande klassificeringsbesked (BKB)

EUROPEISKA GEMENSKAPEN		ANSÖKAN OM BINDANDE KLASSIFICERINGSBESKED (BKB)	
1. Sökande (fullständigt namn och fullständig adress) <input type="checkbox"/> Telefonnummer: Faxnummer: Tullens identifikationsnummer:		För tjänstebruk Referensnummer: Plats för mottagande: Datum för mottagande: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> Språk i ansökan: Scanning av bilder: Ja <input type="checkbox"/> # ... Nej <input type="checkbox"/> Datum för utfärdande: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> Utfärdande tjänsteman: Återsändning av samtliga prover <input type="checkbox"/>	
2. Innehavare (fullständigt namn och fullständig adress) (Konfidentiellt) Telefonnummer: Faxnummer: Tullens identifikationsnummer:		Viktig anmärkning Sökanden bär i och med undertecknandet av deklARATIONEN ansvaret för att de uppgifter som lämnats i detta formulär och eventuella ytterligare blad som inges tillsammans med detta är korrekta och fullständiga. Sökanden är införstådd med att dessa uppgifter jämte eventuella fotografier, ritningar, broschyrer m.m. kan komma att lagras i en databas hos Europeiska kommissionen och att de uppgifter, inbegripet eventuella fotografier, ritningar, broschyrer m.m., som ingivits med ansökan - inhämtats eller kan komma att inhämtas av den behöriga myndigheten - och i fält 2 och 9 i ansökan inte markerats som konfidentiella får delges allmänheten via Internet.	
3. Ombud eller företrädare (fullständigt namn och fullständig adress) Telefonnummer: Faxnummer: Tullens identifikationsnummer:		4. Återutfärdande av ett bindande klassificeringsbesked Fyll i detta fält om ni önskar ha ett bindande klassificeringsbesked utfärdat på nytt. BKB-referensnummer: Giltigt från och med: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> Nomenklaturnummer:	
5. Tullnomenklatur Ange enligt vilken nomenklatur varorna skall klassificeras: <input type="checkbox"/> Harmoniserade systemet (HS) <input type="checkbox"/> Kombinerade nomenklaturen (CN) <input type="checkbox"/> TARIC <input type="checkbox"/> Exportbidragsnomenklaturen <input type="checkbox"/> Annan (ange vilken) :		6. Typ av transaktion Härnär ansökan till faktiskt planerad import eller export? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
		7. Förslag till klassificering Ange enligt vilket nomenklaturnummer ni anser att varorna bör klassificeras. Nomenklaturnummer:	
8. Beskrivning av varorna Ange vid behov varornas sammansättning i detalj, använd analysmetod, typ av tillverkningsprocess, värde inklusive ev. komponenter, varornas användning och den vanliga handelsbeteckningen och, där så är lämpligt, förpackningen i fråga om satsar av varor för försäljning i detaljhandeln (Vid behov fortsätt på ytterligare blad).			

<p>9. Handelsbeteckning och övrig information* (Konfidentiellt)</p> <p>Ange vilka av de uppgifter m.m. som avses i fält 10 i ansökan - eller erhållits (eller kan komma att erhållas) från förvaltningen - som skall betraktas som konfidentiella:</p>		
<p>10. Prover m.m. Ange om något av följande bifogas ansökan:</p> <p>Beskrivning <input type="checkbox"/> Broschyrer <input type="checkbox"/> Fotografier <input type="checkbox"/> Prover <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/></p> <p>Vill ni att proverna skall återsändas? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>De särskilda kostnader som åsamkas tullmyndigheterna till följd av analyser, expertutlåtanden eller återsändning av prover får debiteras sökanden.</p>		
<p>11. Andra ansökningar om bindande klassificeringsbesked och innehav av bindande klassificeringsbesked*</p> <p>Har innehavaren (eller en sökande för innehavarens räkning) ansökt om bindande klassificeringsbesked för identiska eller liknande varor vid annan tullmyndighet eller i andra medlemsstater, eller har sådana besked redan utfärdats?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, ange följande och bifoga en kopia av det bindande klassificeringsbeskedet:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> Ansökningsland: Plats för ansökan: Datum för ansökan: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> BKB-referensnummer: Första giltighetsdatum: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> Nomenklaturnummer: </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Ansökningsland: Plats för ansökan: Datum för ansökan: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> BKB-referensnummer: Första giltighetsdatum: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> Nomenklaturnummer: </td> </tr> </table>	Ansökningsland: Plats för ansökan: Datum för ansökan: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> BKB-referensnummer: Första giltighetsdatum: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> Nomenklaturnummer:	Ansökningsland: Plats för ansökan: Datum för ansökan: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> BKB-referensnummer: Första giltighetsdatum: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> Nomenklaturnummer:
Ansökningsland: Plats för ansökan: Datum för ansökan: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> BKB-referensnummer: Första giltighetsdatum: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> Nomenklaturnummer:	Ansökningsland: Plats för ansökan: Datum för ansökan: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> BKB-referensnummer: Första giltighetsdatum: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> Nomenklaturnummer:	
<p>12. Bindande klassificeringsbesked utfärdade till andra innehavare*</p> <p>Känner sökanden (eller innehavaren) till om bindande klassificeringsbesked för identiska eller liknande produkter redan har utfärdats till andra innehavare?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, ange följande:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> Utfärdande land: BKB-referensnummer: Första giltighetsdatum: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> Nomenklaturnummer: </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Utfärdande land: BKB-referensnummer: Första giltighetsdatum: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> Nomenklaturnummer: </td> </tr> </table>	Utfärdande land: BKB-referensnummer: Första giltighetsdatum: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> Nomenklaturnummer:	Utfärdande land: BKB-referensnummer: Första giltighetsdatum: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> Nomenklaturnummer:
Utfärdande land: BKB-referensnummer: Första giltighetsdatum: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> Nomenklaturnummer:	Utfärdande land: BKB-referensnummer: Första giltighetsdatum: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> Nomenklaturnummer:	
<p>13. Datum och underskrift</p> <p>Er referens: Datum: År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Månad <input type="text"/> <input type="text"/> Dag <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Namn-teckning:</p>		
<p>För tjänstebruk</p>		
<p><small>* Vid behov fortsätt på ytterligare blad.</small></p>		

Förordning 2286/2003.