

Bygglövsbefriande åtgärd - anmälan för företag

* Obligatoriska fält

Fastighet

| |
|-------------------------------------|
| Fastighetsbeteckning* |
| Fastighetens adress* |
| Byggnadens huvudsakliga användning* |

Åtgärder

| | |
|--|---|
| Åtgärder * | |
| <input type="checkbox"/> 15 m2 tillbyggnad | <input type="checkbox"/> 25 m2 kompletteringsbostadshus |
| <input type="checkbox"/> 25 m2 kompletteringsbyggnad | <input type="checkbox"/> Brandskydd |
| <input type="checkbox"/> Bärande konstruktion | <input type="checkbox"/> Eldstad |
| <input type="checkbox"/> Fett- och oljeavskiljare | <input type="checkbox"/> Hiss |
| <input type="checkbox"/> Inredning av bostad nummer två | <input type="checkbox"/> Rivning utanför detaljplan |
| <input type="checkbox"/> Underhåll kulturhistorisk byggnad | <input type="checkbox"/> Vatten och avlopp |
| <input type="checkbox"/> Ventilation | <input type="checkbox"/> Ändrad planlösning |

Övrig information

Övrig information

Bifoga handlingar

Bifoga situationsplan*

Jag bekräftar att handlingen/handlingarna bifogas ärendet

Bifoga fasad- och planritningar på din åtgärd*

Jag bekräftar att handlingen/handlingarna bifogas ärendet

Bifoga kontrollplan

Jag bekräftar att handlingen/handlingarna bifogas ärendet

Bifoga foto eller annan handling

Jag bekräftar att handlingen/handlingarna bifogas ärendet

Kontrollansvarig för byggprojektet

Är det aktuellt med kontrollansvarig för byggprojektet (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Kontrollansvariges uppgifter

| |
|------------------------------------|
| Kontrollansvariges förnamn |
| Kontrollansvariges efternamn* |
| Kontrollansvariges adress* |
| Postnummer* |
| Ort* |
| Telefonnummer* |
| E-postadress* |
| Person- eller organisationsnummer* |
| Eventuellt företagsnamn |
| Behörighetsnummer |

Dina uppgifter

| |
|---------------|
| Personnummer* |
| Förnamn* |
| Efternamn* |
| Adress* |
| Postnummer* |
| Ort* |
| E-post* |
| Telefon* |
| Mobil |

Faktureringsuppgifter

| |
|--|
| Företagets namn* |
| Adress* |
| Postnummer* |
| Ort* |
| Telefonnummer* |
| E-postadress* |
| Organisationsnummer* |
| Kundnummer (endast för kommunalt bolag, förvaltning eller stiftelse) |

Behandling av personuppgifter

| |
|---|
| Godkännande av hantering av personuppgifter enligt PuL* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja |
|---|

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift