

Ansökan om ändrade avfallsrutiner

Sökande

Namn	Utdelningsadress
Postnummer	Ort
Telefon bostad	Telefon arbete

Fastighet

Fastighetsbeteckning	<input type="checkbox"/> Åretruntbostad	<input type="checkbox"/> Fritidshus
Fastighetens adress	Antal personer i hushållet/Antal personer som brukar vistas i fritidshuset och hur ofta	

Ansökan avser

<input type="checkbox"/> Ändrat intervall av slamsugning	Typ av slambrunn (ex 3-kammarbrunna)	Volym
	Motivering till ändring av intervall	

<input type="checkbox"/> Delad avfallsbehållare med: (fastighet och ägare)	Namn	Utdelningsadress
	Postadress	Telefon bostad/arbete
	Fastighetsbeteckning	Antal personer i hushållet
	Finns befintligt sopkärl? <input type="checkbox"/> Ja, ett liters, placerat på fastigheten <input type="checkbox"/> Nej, vi vill ha ett liters placerat på fastigheten	
	Betalningsansvarig	

<input type="checkbox"/> Hämtning var fjärde vecka	Motivering till ändrad hämtningsintervall (hemkompostering, små mängder etc)
---	--

<input type="checkbox"/> Anmälan om kompostering	Typ av kompost, vad som ska komposteras (köksavfall, trädgårdsavfall etc)
---	---

Datum: _____ Namnteckning _____

Skicka anmälan till:

Gislaveds kommun, Tekniska kontoret, 332 80 Gislaved