



ANSÖKAN/ANMÄLAN ÄNDRING AV SOPHÄMTNING PERMANENTBOSTAD

Sökande

Namn: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Ansökan avser

Hämtningsadress (om annan än ovan)

Fastighetsbeteckning:

Anläggningsnummer

Kundnummer:

För Dig som vill dela sopkärl med grannen/grannarna – fyll i uppgifterna på baksidan.

Följande ändring önskas:

Komposterbart avfall

Befrielse från kompostkärlet, komposterar själv. (Fyll i på baksidan) Önskar kompostkärl

Upphör att kompostera, önskar kompostkärlet tillbaka.

Brännbart avfall - kärllstorlek

Käril, 190 liter önskas

Käril 370 liter önskas

Käril 660 liter önskas

Hämtningsintervall

varannan vecka

var fjärde vecka

var åttonde vecka

Uppehåll

Uppehåll i hämtning, permanentbostad (min. 4 månader) from _____ tom _____

Motivera uppehållet – annars kan Din ansökan inte behandlas.

Sökandes namnteckning _____

Ort och datum _____ Telefonnummer _____



ANSÖKAN OM SAMGÅENDE
(Om ni är fler grannar – fyll i resterande på vanligt papper)

Granne 1	Granne 2
Namn	Namn
Adress	Adress
Postadress	Postadress
Kundnummer	Kundnummer
Anläggningsnummer	Anläggningsnummer
Namnteckning	Namnteckning

Följande kärl önskas för komposterbart avfall

140 l kärl för komposterbart avfall

Antal _____

Följande kärl önskas för brännbart avfall

190 l Antal _____

370 l Antal _____

660 l Antal _____

Tömningsintervall

Varannan vecka

Var fjärde vecka

Var åttonde vecka

Kärlen ska placeras på följande adress:

Kärl för brännbart avfall placeras på:

Kärl för komposterbart avfall placeras på:

***Vid ansökan om befrielse från kompostkärl, fyll i följande:**

Beskriv hur Du kommer att ta hand om ditt komposterbara avfall

Beskriv vilket avfall Du komposterar

