



**Bräcke
kommun**



**Ånge
kommun**

Anmälan om ändring/upphörande av hälsoskyddsanläggning

* = Obligatorisk uppgift

Bräcke Ånge kommun

Box 190, 843 21 Bräcke

bygg-miljonamnden@bracke.se, 0693-161 00

Hälsoskyddsanläggning

Namn*

Fastighetsbeteckning*

Utdelningsadress*

Postnummer*

Postort*

Telefon (även riktnummer)*

E-postadress

Kontaktperson

Förnamn*

Efternamn*

Telefon (även riktnummer)

E-postadress

Anmälan avser*

- Upphörande, fr.o.m. datum
- Ändring, redogörelse enligt nedan

Redogörelse för ändring*

Anmälare/verksamhetsutövare

Företag*

Organisationsnummer*

Telefon (även riktnummer)*

Utdelningsadress*

Postnummer*

Postort*

E-postadress

Kontaktperson

Förnamn*

Efternamn*

Telefon (även riktnummer)

E-postadress



**Bräcke
kommun**



**Ånge
kommun**

Bräcke Ånge kommun

Fakturaadress och fakturareferens

Fastighetsägare

Kontaktperson (om fastighetsägaren är ett företag)

Avgift betalas enligt av kommunen fastställd taxa.

Underskrift



Bräcke
kommun



Ånge
kommun

Bräcke Ånge kommun

Hantering av personuppgifter:

Kommunen blir personuppgiftsansvarig för personuppgifterna först när den ifyllda blanketten tagits emot av kommunen. Uppgifterna kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen. För mer information om hur personuppgifterna behandlas i ditt ärende hänvisas till kommunens hemsida.