

Vasaregionens avfallsnämnd

FÖRLÄNGT TÖMNINGSINTERVALL

Datum då ansökan kommit in _____

Sökandens kontaktuppgifter

Namn	Telefon
Adress	Postnummer och -anstalt
E-post adress	Till hushållet hör ____ personer (antal)

Uppgifter om fastigheten

Fastighetsbeteckning	Kommun
Fastighetens adress	
Byggnadens typ <input type="checkbox"/> egnahemshus <input type="checkbox"/> parhus <input type="checkbox"/> jordbruk <input type="checkbox"/> fritidsbostad ____ m ² <input type="checkbox"/> övrigt, vad _____ m ²	
Fastigheten har gemensamt avfallskärl <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Ansvarspersonen för kärlet _____	

Uppgifter om avfallskärlet

Avfallskärlets tömningsadress
Avfallskärlets storlek <input type="checkbox"/> 140 L <input type="checkbox"/> 240 L <input type="checkbox"/> 360 L <input type="checkbox"/> 600 L <input type="checkbox"/> _____ L
Nuvarande tömningsintervall _____ veckor sommartid _____ veckor vintertid
Är sökanden nu ansluten till ordnad avfallstransport <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Avfallstransportföretag

Avfallsbehandling

Kompost <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Separat kärl för bioavfall
Vilken typ av kompost <input type="checkbox"/> Öppen <input type="checkbox"/> Gödselstack <input type="checkbox"/> Sluten inte värmeisolerad <input type="checkbox"/> Sluten och värmeisolerad

Förlängt tömningsintervall

Ansöker om förlängt tömningsintervall _____ veckor sommartid _____ veckor vintertid
Tilläggsuppgifter: _____ _____ _____ _____

Jag är medveten om att avfallshanteringsmyndigheterna kan kontrollera hur jag ordnat min avfallshantering

Jag försäkrar att de uppgifter jag givit är riktiga och meddelar vid förändringar

Plats _____ Datum _____.____.20____

Underskrift _____ Namnförtydligande _____

Ansökan sänds till

Vasaregionens avfallsnämnd
PB 2
65101 Vasa