

Vasaregionens avfallsnämnd

Gemensamt avfallskärl

Datum då ansökan mottagits _____

Ansvarsperson för det gemensamma avfallskärl

Namn	Telefon
Adress	Postnummer och -anstalt
E-post adress	

Uppgifter om avfallskärl

Avfallskärlets adress
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
<input type="checkbox"/> Gemensamt avfallskärl för brännbart avfall <input type="checkbox"/> Gemensamt bioavfallskärl
Tömningsintervall _____ veckor sommartid _____ veckor vintertid
Avfallstransportföretag

Personer som hör till det gemensamma avfallsärl

Namn	Adress

Fakturering

<input type="checkbox"/> Räkningen delas jämt upp mellan alla hushåll
<input type="checkbox"/> Hela räkningen sänds till adressen:

Jag försäkrar att de uppgifter som jag givit är riktiga och lovar att meddela om eventuella förändringar

Plats _____ Datum _____._____.20__

Underskrift _____ Namnförtydligande _____

Ansökan returneras till:
Vasaregionens avfallsnämnd
PB 2
65101 Vasa