



<b>FASTIGHETSUPPGIFTER</b>			
Fastighetsbeteckning:		Besöksadress:	
Fastighetsägare:			
Postadress:		Postnummer:	Postort:
E-post:		Telefonnummer:	
<b>UPPGIFTER OM ANLÄGGNINGEN</b>			
Anläggningen är utförd enligt tillstånd: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Om nej, ange avvikelse:			
Installerad anläggningstyp: <input type="checkbox"/> BDT <input type="checkbox"/> WC/urin-tank <input type="checkbox"/> WC+BDT			
<b>RÖRDRAGNING UTOMHUS (slamavskiljare/sluten tank/minireningsverk)</b>			
Dimension:		Material:	
<b>SLAMAVSKILJARE/MINIRENINGSVERK</b>			
Material: <input type="checkbox"/> Betong <input type="checkbox"/> Plast <input type="checkbox"/> Glasfiber			
Fabrikat/modell:			Antal kamrar:
Typ:			Våtvoly m:
Förankringssätt:			
<b>INFILTRATION/MARKBÄDD/EFTERPOLERING</b>			
Infiltrations-/markbäddsyta: m <sup>2</sup>	Längd spridarrör: m	Förstärkning: cm sand/grus	Kornstorlek: mm
Efterpoleringsyta: m <sup>2</sup>	Längd spridarrör: m	Förstärkning: cm sand/grus	Kornstorlek: mm
Inspektions-/pumpbrunn, volym: m <sup>3</sup>			
Övrigt, moduler m.m.:			

**Fotografier av slamavskiljare/minireningsverk/tank/ledningsdragning/  
schaktbädd/infiltration/markbädd/efterpolering med mera ska bifogas!  
Serviceavtal och/eller skötsel- och driftanvisning ska skickas in till SRMH!**

<b>FOSFORRENING</b>		
<input type="checkbox"/> Kemisk fällning	Fabrikat:	
<input type="checkbox"/> Fosforfälla	Fabrikat:	
<b>VACUUMTOALETT</b>		
Tillverkare:	Spolmängd: liter	
<b>SLUTEN TANK FÖR WC/URIN</b>		
Fabrikat:	Volym: m <sup>3</sup>	
Förankringssätt:		
Överfyllnadslarm installerat: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
<b>ENTREPRENÖRSUPPGIFTER</b>		
Namn:		
E-post:	Telefonnummer:	
Adress:		
Datum:	Namnförtydligande:	Underskrift:

**Fylls i av Södra Roslagens miljö- och hälsoskyddsnämnd**

- Södra Roslagens miljö- och hälsoskyddsnämnd har tagit del av uppgifterna i detta intyg.

<b>SLAMTÖMNINGSPERIOD - FYLLS I AV SRMH</b>	
Slamavskiljare: gångar per år	Sluten tank: gångar per år
Reningsverk: gångar per år	Första tömningsår:
Eget omhändertagande av slam <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Befintlig anläggning tagen ur bruk: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Ort:	Datum:
Namnförtydligande:	Underskrift:

Kopia skickad till:

Fastighetsägaren

Datum: \_\_\_\_\_

Roslagsvatten AB

Datum: \_\_\_\_\_