

Anmälan om kompostering av organiskt hushållsavfall

Strömsunds Kommun

Box 500, 833 24 Strömsund

0670-161 00 växel

* = Obligatorisk uppgift

Anmälan enligt avfallsförordningen (2020:614) 5 kap. 15 §. Föreskrifter om avfallshantering för Strömsunds kommun

Fastighet

Fastighetsbeteckning*

Postnummer

Utdelningsadress*

Postort*

Typ av bostad*

☐ Åretrunbostad☐ Annan fastighet, ange typ☐ Fritidshus

Uppgifter om behållare

Typ av kompostbehållare*

Kompostbehållarens storlek*

Antal personer anläggningen ska betjäna*

Ange på vilket sätt den färdiga kompostprodukten kommer att tas om hand*

Övriga upplysningar

Anmälare

Företagsnamn eller personnamn*

Postnummer*

Organisations-/personnummer*

Postort*

Telefon (även riktnummer)*

E-postadress

Utdelningsadress*

Kontaktperson (om anmälaren är ett företag)

Förnamn*

Telefon (även riktnummer)

Efternamn*

E-postadress

Fakturaadress och fakturareferens

Bilagor

☐ Ritning eller skiss av kompostens läge på fastigheten

Avgift betalas enligt av kommunen fastställd taxa.

Underskrift

Datum och anmälarens underskrift*

Namnförtydligande*



Strömsunds 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.