



# Anmälan om tillfällig övernattnig

## Anmälan mottagen hos Räddningstjänsten

Datum	Klockslag	Mottagen av
-------	-----------	-------------

## Övernattning

Var sker övernattnigen	Mellan vilka datum	Antal personer
Specificera byggnad	Vilket/vilka vaningsplan	

## Brandskyddsansvarig/Arrangör

Namn	Telefonnummer
Har tagit del av policy för övernattnig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

## Fastighet

Ägare/uthyrare	Telefonnummer
----------------	---------------

## Övrig info till räddningstjänsten

Arrangörens underskrift

## Räddningstjänstens åtgärder

Besök på plats	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kontakt tagen med berörd station	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Övrigt	Sign