

**Anmälan om kompostering av
organiskt hushållsavfall**

Ragunda kommun

* = Obligatorisk uppgift

Box 150, 844 21 Hammarstrand

Kommun@ragunda.se

Anmälan enligt avfallsförordningen (2011:927)45 § och lokal renhållningsordning.

Fastighet

Fastighetsbeteckning*

Postnummer

Utdelningsadress*

Postort*

Typ av bostad*
 Åretruntbostad
 Fritidshus
 Annan fastighet, ange typ
Information till Renhållningen

Har fastigheten ett befintligt kärl för matavfall (brun tunna)?

(Om ja) Önskar du behålla kärl för matavfall (brun tunna) vid godkänd kompost?

 Ja Nej Ja Nej**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.

Ovanstående personuppgifter kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (PuL).

Underskrift

Datum och anmälares underskrift*

Namnförtydligande*