

Kvicksilverförorenade avloppsledning, anmälan om sanering vid nedläggning av tandvårdsklinik

* Obligatoriska fält

Klinik

Klinikens namn (skyltnamn):*
Besöksadress:*
Tandvårdsklinik har funnits i lokalerna sedan år:
Tandvårdsklinik har bedrivits av er i lokalerna sedan år:*

Sökande

Verksamhetens firmanamn hos skatteverket:*
Organisationsnummer:*
Postadress (fysisk adress eller e-post):*
Faktureringsadress (inklusive postnummer och ort):*
Kontaktperson:*
Telefonnummer:*
E-postadress:*
Bekräfta e-postadress:*

Här kan du se frågorna i e-tjänsten. Anmälan gör du i e-tjänsten

Fastigheten

Fastighetsbeteckning:*
Fastighetens byggår:
Fastighetsägare:
Adress:
E-postadress:
Bekräfta e-postadressen:
Organisationsnummer:
Kontaktperson:
Telefonnummer:
Fastighetsägaren är informerad om efterbehandlingen:* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ange eventuella synpunkter från fastighetsägaren:
Bifoga en skrivelse:

Här kan du se frågorna i e-tjänsten. Anmälan gör du i e-tjänsten

Uppgifter om utrustning

Sugsystem / amalgamavskiljare:	
<input type="checkbox"/> Torrt sugsystem, amalgamavskiljare installerad för samtliga stolar	<input type="checkbox"/> Vått sugsystem, amalgamavskiljare installerad
	<input type="checkbox"/> Diskbänksavskiljare installerad
Ange vilket år den installerades (torrt sugsystem):	
Ange vilket år den installerades (vått sugsystem):	
Ange vilket år den installerades (diskbänksavskiljare):	
Sugrummet är placerat: (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> I källarplan	<input type="checkbox"/> På klinikplan
<input type="checkbox"/> Annan placering	
Ange var:	

Uppgifter om avloppsledningarna

Rörmaterial*	
<input type="checkbox"/> Plaströr	<input type="checkbox"/> Kopparrör
<input type="checkbox"/> Gjutjärnsrör	<input type="checkbox"/> Annat
Ange vilket material	
Avloppsledningarnas placering i lokalerna:	
<input type="checkbox"/> Liggande i fastighetens betongbjälklag	<input type="checkbox"/> Liggande i fastighetens träbjälklag
<input type="checkbox"/> Hängande i taket i våningen under	<input type="checkbox"/> Liggande på golvet eller monterade på vägg
<input type="checkbox"/> Annan placering	
Ange vilken:	
Är avloppsledningarna inne på kliniken utbytta eller spolade?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Vet ej	
Vilket år?	
Beskrivning av åtgärden:	
Är avloppsrören från kliniken fram till förbindelsepunkten på det kommunala spillvattennätet utbytta eller spolade?* (Du kan endast	



välja ett alternativ)

Ja

Nej

Vet ej

Vilket år?

Beskrivning av åtgärden:

Är avloppsstammarna i fastigheten utbytta eller spolade?*(Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Vet ej

Vilket år?

Här kan du se frågorna i e-tjänsten. Anmälan gör du i e-tjänsten

Företag som ska göra saneringen eller ingreppet

Företagsnamn:*
Adress:
Kontaktperson:*
Telefonnummer:*
E-postadress:*
Bekräfta e-postadressen:*
Transportör som ska anlitas för transport av kvicksilveravfallet (farligt avfall):*
Anläggning dit det farliga avfallet kommer transporteras:*

Uppgifter om saneringen

Typ av sanering:*(Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Driftsanering under pågående verksamhet	<input type="checkbox"/> Driftsanering på grund av att annan tandvårdsklinik tar över kliniken
<input type="checkbox"/> Slutsanering på grund av flytt av vår tandvårdsklinik, ingen fortsatt tandvårdsverksamhet i lokalen	<input type="checkbox"/> Slutsanering på grund av nedläggning av vår tandvårdsklinik, ingen fortsatt tandvårdsverksamhet i lokalen
Tidpunkt för saneringen:*	
Tidpunkt för eventuell förbesiktning av saneringsföretag	
Sanering kommer utföras av kvicksilverförorenade rör som är anslutna till:	
<input type="checkbox"/> Behandlingsstol	<input type="checkbox"/> Diskbänk i steril
<input type="checkbox"/> Tvättställ från behandlingsrum	<input type="checkbox"/> Tvättställ från patienttoalett
<input type="checkbox"/> Centralt sugsystem	<input type="checkbox"/> Annat
Annat	
Antal diskbänkar i steril:	
Antal behandlingsstolar:	
Antal tvättställ från behandlingsrum:	
Antal tvättställ från patienttoalett:	
Sanering kommer att utföras av annan utrustning än avloppsrör: (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Bufferttank	<input type="checkbox"/> Annat

Ange vad

Vid slutsanering ska i första hand alla förorenade avloppsrör monteras ned och tas om hand som farligt avfall. För de delar av avloppssystemet som det inte är genomförbart eller rimligt ska orsaken anges. Teknik och metod för kapning respektive spolning och omhändertagning av avloppsvattnet ska redovisas.

Beskrivning av saneringen:

Ladda upp en beskrivning:

Ritning med avloppsdragningar ska bifogas, inklusive källarplan. Markera vilka röravsnitt som omfattas av respektive åtgärd:

Den dentala utrustningen kommer att:

Säljas till annan användare

Flyttas med till nya lokaler

Skrotas

Annat

Om annat, ange vad:

Ange nya adressen samt eventuella andra nya uppgifter för tandvårdskliniken

Tidpunkt för start efter flytten:

Farligt avfall från verksamheten (till exempel amalgamförorenat material från behandlingar, sugslangar, partikelfälla, amalgamavskiljare, bufferttank m.m.) kommer att omhändertas av:

Nya tandvårdsklinikens skyltnamn:

Bolagsnamn:

Kontaktperson:

Telefon

E-postadress:

Bekräfta e-postadress:

Farligt avfall från verksamheten (till exempel amalgamförorenat material från behandlingar, sugslangar, förbrukade partikelfällor och amalgamavskiljare) kommer att omhändertas av:

Övrig information:



Här kan du se frågorna i e-tjänsten. Anmälan gör du i e-tjänsten

Dina uppgifter

Personuppgifter:

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*

Adressuppgifter:

Adress*
Postnummer*
Ort*

Kontaktuppgifter:

E-post*
Telefon*
Mobil

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift

Här kan du se frågorna i e-tjänsten. Anmälan gör du i e-tjänsten