

Kvicksilverförorenade avloppsledning, anmälan om sanering vid nedläggning av tandvårdsklinik

* Obligatoriska fält

Klinik

Klinikens namn (skyltnamn)*
Besöksadress*
Tandvårdskliniken har funnits i lokalerna sedan år
Tandvårdskliniken 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*
Telefon*
E-post*
Bekräfta e-post*

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
Telefon
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"/> Vårt sugsystem, amalgamavskiljare installerad <input type="checkbox"/> Diskbänksavskiljare installerad
Ange vilket år den installerades (torrt sugsystem)
Ange vilket år den installerades (vårt 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"/> Gjutjärnsrör <input type="checkbox"/> Kopparrör <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 inte
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 inte

Vilket år?

Beskrivning av åtgärden

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

Ja

Nej

Vet inte

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:*
Telefonn*
E-post*
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"/> Slutsanering på grund av flytt av vår tandvårdsklinik, ingen fortsatt tandvårdsverksamhet i lokalen	<input type="checkbox"/> Driftsanering på grund av att annan tandvårdsklinik tar över kliniken <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"/> Tvättställ från behandlingsrum <input type="checkbox"/> Centralt sugsystem	<input type="checkbox"/> Diskbänk i steril <input type="checkbox"/> Tvättställ från patienttoalett <input type="checkbox"/> Annat
Annat	
Antal behandlingsstolar	
Antal diskbänkar i steril	
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-post

Bekräfta e-post

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.