

Upphörande av beviljad dispens för egensotning - begära

* Obligatoriska fält

Mina uppgifter

| |
|---------------|
| Personnummer* |
| Förnamn* |
| Efternamn* |
| Adress* |
| Postnummer* |
| Ort* |
| E-post* |
| Telefon* |

Begäran om upphörande av beviljad dispens

| |
|---|
| Fastighetsbeteckning |
| Adress |
| Postnummer |
| Ort |
| Beskriv orsak till att beviljad dispens ska upphöra |
| Sista sotningstillfället |
| Innehavare av dispens är samma som uppgiftslämnare (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Personnummer |
| För- och efternamn |
| Adress |
| Postnummer |
| Ort |