

Ansökan om lov för skylt/ljusanordning

* Obligatoriska fält

Ansökan avser

Ansökan avser* (Du kan endast välja ett alternativ)

Bygglov

Tidsbegränsat bygglov

Fastighet och sökande

Fastighetsbeteckning*

Fastighetens adress*

Organisations-/personnummer*

Förnamn*

Efternamn*

Adress*

Postnummer*

Ort*

E-post

Telefon

Faktureringsadress (om annan än ovan)

Kontaktpersons namn

Kontaktpersons telefon

Leverantör

Förnamn

Efternamn

Telefon

Beskrivning av skylt/ljusanordning

Låds skylt (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Med belysning (fast ljus) <input type="checkbox"/> Med belysning (rörligt ljus) <input type="checkbox"/> Utan belysning
Neonskylt (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Med belysning (fast ljus) <input type="checkbox"/> Med belysning (rörligt ljus)
Annan skylt (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Med belysning (fast ljus) <input type="checkbox"/> Med belysning (rörligt ljus) <input type="checkbox"/> Utan belysning
Affischtavla/pelare (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Med belysning (fast ljus) <input type="checkbox"/> Med belysning (rörligt ljus) <input type="checkbox"/> Utan belysning
Skylt nr
Antal
Skylttext, beskrivning (material, färg m.m.)
Längd (cm)
Höjd (cm)
Djup (cm)
Utsprång från vägg (cm)
Avstånd från mark (cm)
Skylt nr
Antal
Skylttext, beskrivning (material, färg m.m.)
Längd (cm)
Höjd (cm)
Djup (cm)
Utsprång från vägg (cm)
Avstånd från mark (cm)

Skylt nr
Antal
Skylltext, beskrivning (material, färg m.m.)
Längd (cm)
Höjd (cm)
Djup (cm)
Utsprång från vägg (cm)
Avstånd från mark (cm)
Skylt nr
Antal
Skylltext, beskrivning (material, färg m.m.)
Längd (cm)
Höjd (cm)
Djup (cm)
Utsprång från vägg (cm)
Avstånd från mark (cm)

Bifogade handlingar

Kommunikation

Godkänner du/ni kommunikation via e-post? (Du kan endast välja ett alternativ)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej



Multipelsignatur

Krävs flera signaturer?* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Medsökande

Förnamn

Efternamn

Personnummer

E-mailadress

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift

Medsökande

Ort och datum

Underskrift