

## 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
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)

### 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