

Underlag från kund för sanering av avloppssystem från dentalkliniker

Sanering kommer att utföras vid följande dentalklinik		
Klinikens namn:		Organisationsnummer:
Klinikens adress:		Kundnummer klinik:
Fakturaadress:		Kundnummer centralt:
Telefon klinik:	Fax:	E-mail:
Fastighetsbeteckning:	Fastighetens byggnadsår:	
Kontaktperson:	Befattning:	E-mail:
Telefon:	Hemtelefon:	Mobiltelefon:
Fastighetsägare:	Telefon:	Fax:
Adress:		
Fastighetsskötare:	Telefon:	Mobiltelefon:
Önskas offert, Ja <input type="checkbox"/> Löpande räkning, Ja <input type="checkbox"/>		
Finns renslucka eller brunn i lokalen eller lokalens källare? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Finns hiss till kliniken? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Finns hiss till källaren? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Anledning till sanering Demontering av sugsystem <input type="checkbox"/> Driftsanering av sugsystem <input type="checkbox"/> Nedläggning eller avveckling av klinik <input type="checkbox"/> Driftsanering av spillavlopp <input type="checkbox"/> Överlåtelse av klinik <input type="checkbox"/> Annat skäl <input type="checkbox"/>		
Anmälan till miljökontoret skall göras av verksamhetsutövaren (Beslutstidupp till 6 veckor)		
Typ (märke/modell) och antal av behandlingsstolar:		
Teknikerns namn och kontaktuppgifter:		

Uppgifter om kliniken	
Antal behandlingsrum:	Har annan tandläkare tidigare innehaft kliniken?
År då amalgamavskiljare installerades:	Hur länge har kliniken varit i drift?
Antal sterilrum:	Nuvarande tandläkare har varit i lokalen sedan?
Hur många tvättställ finns totalt i behandlingsrum, steril och på patienttoaletter?	Hur många golvbrunnar finns det totalt i behandlingsrummen?

Uppgifter om klinikens avlopp	
Vått sugsystem <input type="checkbox"/> Torrt sugsystem <input type="checkbox"/>	Total rörlängd på klinikplanet:
Rörmaterial: Plaströr <input type="checkbox"/> Kopparrör <input type="checkbox"/> Gjutjärnsrör <input type="checkbox"/> Annat material:	
Hur är avloppet placerat i lokalen? Rören ligger i fastighetens golvbjälklag <input type="checkbox"/> Liggande på golvet eller monterade i väggsockel <input type="checkbox"/> Rören hänger i undertaket i våningen under <input type="checkbox"/> Vet ej, men rören försvinner ner i golvet <input type="checkbox"/> På annat sätt:	
Finns renslucka eller brunn i lokalen eller i lokalens källare? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Är avloppsrören i fastigheten bytta vid något tillfälle? Ja <input type="checkbox"/> ca år: Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>	
Är avloppsrören från kliniken rensade tidigare? Ja <input type="checkbox"/> ca år: Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>	
Ritningar bifogas över: Klinikplanet <input type="checkbox"/> Källaren <input type="checkbox"/> OBS!!! Ritningar måste bifogas med underlaget	
Önskemål om tidpunkt för sanering:	
Andra uppgifter av betydelse:	
Namn:	Datum: