



## Anmälan om tillfällig övernattnig

Arrangör: \_\_\_\_\_

Kommun: \_\_\_\_\_

Telnr: \_\_\_\_\_

Objekt: \_\_\_\_\_

Förlägningsplats: \_\_\_\_\_

Tidpunkt: \_\_\_\_\_

Antal övernattande personer: \_\_\_\_\_

### ANSVARIG PÅ PLATS

Jag har tagit del av regler om tillfällig övernattnig:

Underskrift: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Sändes till räddningstjänsten senast tre dagar innan förläggningstillfället

Brev: Räddningstjänsten Östra Skaraborg, Majorsgatan 1, 541 40 SKÖVDE

Mail: [raddningsstab@skovde.se](mailto:raddningsstab@skovde.se)

Fax: 0500-41 42 70