



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

Fax: 0500-41 42 70