



# ANMÄLAN OM TILLFÄLLIG INKVARTERING



**Meddelande till Orust Räddningstjänst, Fax: 0304-452 35**

Anläggningens namn:	
Anläggningens adress:	

Inkvartering under tiden:	fr o m	t o m
---------------------------	--------	-------

Förläggning sker i följande utrymmen:

Lokal/Sal nummer	Antal personer

Reception plats:	
Reception telefonnr:	

- Erhållit "Brandskyddsinformation Ledare"
- Erhållit "Brandskyddsinformation Tillfällig inkvartering Deltagare"

Förläggningsansvarig är ansvarig för att ovan angivna uppgifter och erhållna brandskyddsregler följs, samt att brandvakter finns.

.....  
Namn på förläggningsansvarig (texta)

.....  
Telefonnummer

Ort:

Datum:

.....  
Egenhändig namnteckning anmälare