# Bohus Räddningstjänstförbund

**PM**

**ANMÄLAN OM TILLFÄLLIG ÖVERNATTNING**

Ifylld blankett ska skickas till Bohus Räddningstjänstförbund fax 0303-641 80 eller via e-post; insatsledare@borf.se

**Anläggningens namn:** ……………………………………………………………………... **Anläggningens adress:** ……………………………………………………………………... **Övernattning under tiden:** från 201 - - . till och med 201 - - .

**Anledning till övernattning:** ………………………………………………………………….

………………………………………………………………….

**Cirka ålder på de som ska övernatta:** ……………………………………………………….

# Övernattingen sker i följande utrymmen:

Lokal/sal (nummer) Antal personer

………………………………………….. ……………………

………………………………………….. ……………………

………………………………………….. ……………………

………………………………………….. ……………………

**Annan viktig information** (t.ex. om det finns funktionshindrade personer):

…………………………………………………………………………………………………..

**Ansvarig på plats (hyresgäst) har tagit del av PM – ”Tillfällig övernattning”**, sätt ett kryss i rutan för att bekräfta detta:

# Namn på den som är ansvarig för uthyrning:

………………………………………. ………………………………………. Namn (texta) Telefonnummer

# Namn på ansvarig på plats (hos hyresgästen):

………………………………………. ………………………………………. Namn (texta) Telefonnummer

……………………………… ……………………………

Ort Datum