



Genom att ange en e-postadress godkänner jag att all kommunikation, inklusive utskick av beslut, sker via e-post.

### 1. Verksamheten

|   |                        |
|---|------------------------|
| Fastighetsbeteckning lokalens placering |                        |
| Lokalens besöksadress                   |                        |
| Lokalens namn (populärnamn)             | Kontaktperson, namn    |
| Kontaktperson, e-postadress             | Kontaktperson, telefon |

### 2. Firmauppgifter (innehavare och fakturamottagare)

|  |     |  |
|--|-----|--|
| Firmanamn (enligt registreringsbevis)  |     | Organisationsnr/personnr (vid enskild firma) |
| Postadress (enligt registreringsbevis) |     | Telefon                                      |
| Postnummer                             | Ort | Firmatecknare, namn                          |
| E-postadress                           |     |  |

### 3. Fastighetsägare

|            |            |     |
|------------|------------|-----|
| Namn       | Telefon    |     |
| Postadress | Postnummer | Ort |

### 4. Verksamheter som avses bedrivas i lokalen

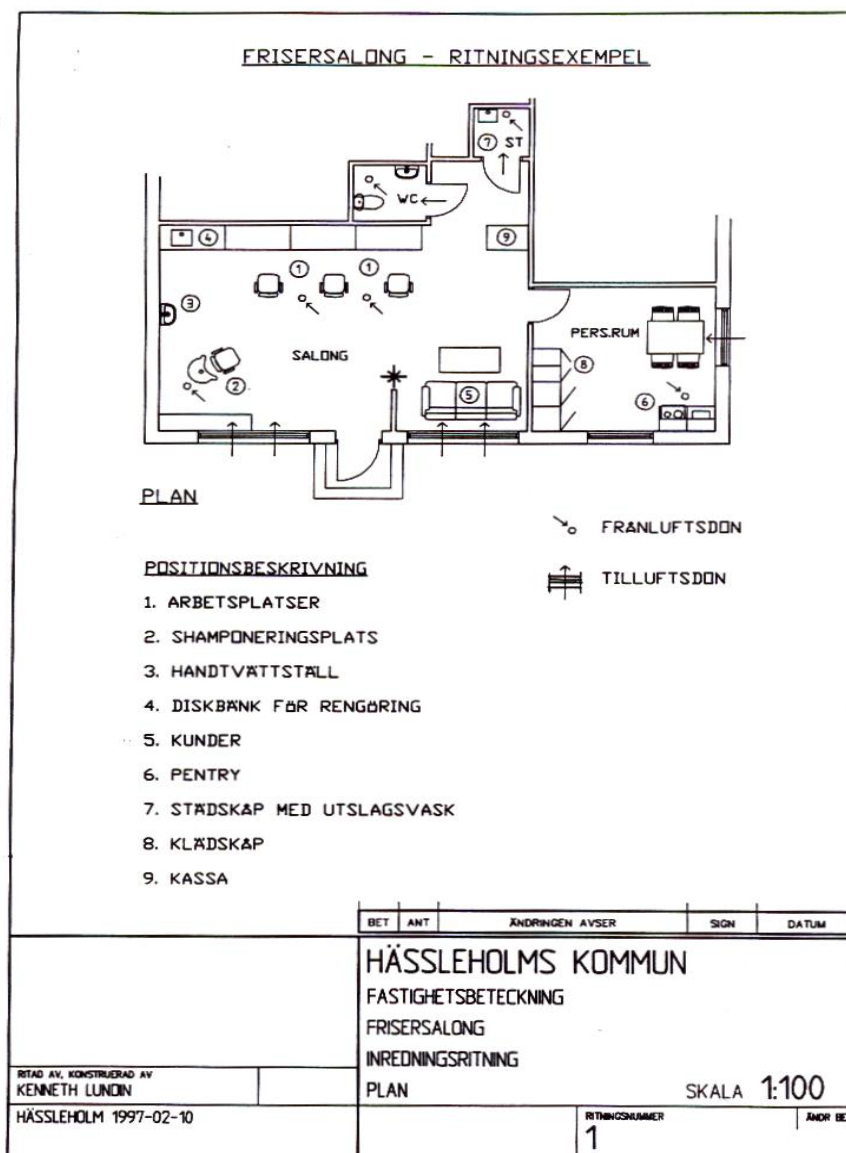
|   |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Fotvård                        | <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Kosmetisk behandling med injektioner |
| <input type="checkbox"/> Piercing                       | <input type="checkbox"/> Tatuering  | <input type="checkbox"/> Kosmetisk tatuering                  |
| Annan typ av verksamhet som innebär risk för blodsmitta |                                     |   |
| Antal behandlingsplatser                                | Datum när verksamheten startar      |   |

### 5. Om lokalen

|   |                     |                                      |              |
|---|---------------------|--------------------------------------|--------------|
| Rumshöjd, m                                 | Yta, m <sup>2</sup> | Väggmaterial                         | Golvmaterial |
| Typ av ventilation                          |                     |                                      |              |
| Ventilationens uteluftflöde, l/s och person |                     | Avluftningens placering på byggnaden |              |

### Till din anmälan ska du bifoga:

- Skalenlig **planritning** som visar lokalens utformning med rumsfördelning, användningssätt och inredning. Markera på ritningen var handtvättstätt, toalett, städutrymme, diskbänk med vask för rengöring av redskap, eventuell utslagsvask för fotbadsvatten är placerade (se exempel på baksidan).
- Beskrivning av hur sterilisering av instrument och utrustning görs.
- Beskrivning av hygienrutiner vid ingrepp och behandling.



### Information

Enligt 38 § förordning (1998:899) om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd är det förbjudet att utan anmälan till miljö- och stadsbyggnadsnämnden driva en verksamhet där allmänheten yrkesmässigt erbjuds hygienisk behandling som innebär risk för blodsmitta genom användning av skalpeller, akupunktur nålar, piercingverktyg eller andra liknande skärande eller stickande verktyg.

### Avgift för handläggning av anmälan

Nivå 1: Tatuering, piercing, skönhetsbehandling som innebär injektioner 5 556 kr

Nivå 2: Fotvård, öronhåltagning, akupunktur (öronhåltagning med sterilt smycke i engångskasset) är inte anmälningspliktigt). 3 704 kr

### Underskrift

|                   |             |
|-------------------|-------------|
| Datum             | Underskrift |
| Namnförtydligande |             |