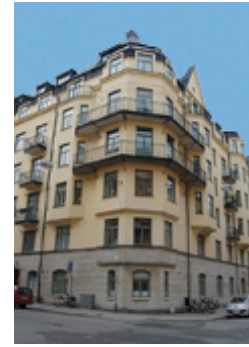


Brf Odin 20



ANSÖKAN OM ÄNDRING I LÄGENHET

Bostadsrättshavare	Efternamn/Förnamn:	Personnr:
	Adress:	Postnummer/Ort:
	Lägenhetsnr:	e-post:
	Telefon:	Mobil:
Typ av ändring	<input type="checkbox"/> Våtrum <input type="checkbox"/> Planlösning <input type="checkbox"/> Vatten <input type="checkbox"/> Värme <input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Kök <input type="checkbox"/> Ventilation <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Övrigt Beskrivning:	
Entreprenör	Namn/Firma:	Org.nummer:
	Behörighet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ansvarsförsäkring: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Underskrift	Ort/Datum:	Bostadsrättshavare:
Beslut	<input type="checkbox"/> Beviljas <input type="checkbox"/> Avslås Motivering:	
	Ort/Datum:	Styrelsens underskrift: