

## Hygienisk verksamhet - anmälan

\* Obligatoriska fält

### 1 Företagets uppgifter

#### Företagets/Föreningens uppgifter

1.1 Organisationsnummer*
1.2 Företagets namn*
1.3 Postadress*
1.4 Postnummer*
1.5 Ort*
1.6 Företagets/Föreningens e-post
1.7 Telefonnummer dagtid
1.8 Referens
1.9 Märkning på faktura
1.10 Fakturaadressen är samma som ovan (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
1.11 Faktureringsadress*
1.12 Postnummer*
1.13 Ort*

#### Kontaktuppgifter till dig som skriver ansökan

1.14 Personnummer
1.15 Förnamn
1.16 Efternamn
1.17 E-post*
1.18 Telefonnummer dagtid*
1.19 Alternativt telefonnummer



## Hantering av personuppgifter

Innan du går vidare i e-tjänsten vill vi att du bekräftar att du har läst hur vi hanterar dina personuppgifter.

[Hantering av personuppgifter](#)

1.20 Bekräfta\*

Jag har tagit del av informationen gällande hantering av personuppgifter

## 2 Uppgifter om fastigheten

### Berörd fastighet

Skriv in de tre första bokstäverna i din fastighetsbeteckning så får du upp en lista där du kan välja rätt fastighetsbeteckning

2.1 Fastighetsbeteckning\*

2.2 Fastighetens adress\*

2.3 Postnummer\*

2.4 Ort\*

### 3 Verksamheten

#### Verksamhetsstart

Tänk på att din anmälan måste komma in senast sex veckor innan verksamhetsstart.

3.1 Datum*
------------

#### Inriktning

3.2 Verksamhetens inriktning*	
<input type="checkbox"/> Fotvård med skalpell	<input type="checkbox"/> Tatuering
<input type="checkbox"/> Hudvård med lansetter	<input type="checkbox"/> Akupunktur
<input type="checkbox"/> Piercing	<input type="checkbox"/> Annan skönhetsvård med stickande och skärande verktyg
3.3 Beskriv	
3.4 Kommer kosmetiska produkter säljas? (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

#### Hygien

3.5 Finns det risk för blodsmitta?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
3.6 Kommer stickande och skärande verktyg att återanvändas?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
3.7 Vilken sterilisering- eller rengöringsmetod kommer att användas*	
<input type="checkbox"/> Autoklav	<input type="checkbox"/> Torrsterilisator
<input type="checkbox"/> Annan rengöringsmetod (till exempel kemisk desinfektion)	<input type="checkbox"/> Ultraljudsbad
	<input type="checkbox"/> Inga verktyg kommer att återanvändas
3.8 Beskriv annan metod	

## 4 Lokalen

### Uppgifter om lokalen där verksamheten ska bedrivas

4.1 Lokalens yta (kvadratmeter)*
4.2 Maximalt antal personer som vistas i lokalen samtidigt*
4.3 Antal behandlingsplatser*
4.4 Finns kommunalt vatten?*( Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4.5 Finns separat städutrymme med utslagsvask?*( Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4.6 Finns separat handtvättställ i behandlingsrummet?*( Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4.7 Finns det någon annan verksamhet i anläggningen?*( Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4.8 Om ja, ange vilken

## Ventilation

4.9 Ventilation* <input type="checkbox"/> Självdrag (S) <input type="checkbox"/> Från- och tilluft med värmeåtervinning (FTX) <input type="checkbox"/> Mekanisk till- och frånluft (FT) <input type="checkbox"/> Mekanisk frånluft (F)
Bifoga en planritning där alla fasta installationer är inritade. Det ska även finnas uppgifter om hur många personer som ventilationen är anpassad för i varje rum.
4.10 Bilaga fasta installationer
Bifoga protokollet från obligatorisk ventilationskontroll (OVK) och luftflödesmätning.
4.11 Bilaga OVK-protokoll

## 5 Egenkontroll

### Bilaga

Bifoga verksamhetens egenkontroll.

5.1 Egenkontroll*
-------------------

## 6 BankID och intygan

BankID-uppgifter för inloggad person.

6.1 Personnummer
6.2 Förnamn
6.3 Efternamn
6.4 Intygan* <input type="checkbox"/> Jag är medveten om att min anmälan medför en kostnad <input type="checkbox"/> Jag intygar att de uppgifter som jag har lämnat är korrekta.

## Sökandes underskrift

---

Ort och datum

---

Underskrift