

Hygienisk verksamhet - anmälan

* Obligatoriska fält

1 Företagets uppgifter

Företagets/Föreningens uppgifter

1.1 Organisationsnummer*
1.2 Företagets namn*
1.3 Faktureringsadress*
1.4 Postnummer*
1.5 Ort*
1.6 Referens
1.7 Märkning på faktura
1.8 E-post
1.9 Telefonnummer

Kontaktuppgifter till dig som skriver ansökan

1.10 Personnummer
1.11 Förmamn
1.12 Efternamn
1.13 E-post*
1.14 Telefonnummer dagtid*
1.15 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](#)

1.16 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*

Fotvård med skalpell

Hudvård med lansetter

Piercing

Tatuering

Akupunktur

Annan skönhetsvård med stickande och skärande verktyg

3.3 Beskriv

3.4 Kommer kosmetiska produkter säljas? (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Hygien

3.5 Finns det risk för blodsmitta?* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

3.6 Kommer stickande och skärande verktyg att återanvändas?* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

3.7 Vilken sterilisering- eller rengöringsmetod kommer att användas*

Autoklav

Annan rengöringsmetod (till exempel kemisk desinfektion)

Torrsterilisator

Ultraljudsbad

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*

Jag är medveten om att min anmälan medför en kostnad

Jag intygar att de uppgifter som jag har lämnat är korrekta.

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift