

Datum:

## Anmälare

Förnamn	Efternamn	Telefonnummer
Kommun / Förening		
Stolpnummer	Adress / Ort	
Personfara		

## Typ av fel

<input type="checkbox"/> Påkörd stolpe	<input type="checkbox"/> Släckta lampor	<input type="checkbox"/> Trasig armatur
<input type="checkbox"/> Hängande armatur	Övrigt	

## Klassning på felet

<input type="checkbox"/> Akut	<input type="checkbox"/> Nästa rondering	Övrigt
-------------------------------	--	--------

## Kontaktuppgifter till den som anmält

Namn	Efternamn	Telefonnummer
------	-----------	---------------

Maila blanketten till: [belysningvast@vattenfall.com](mailto:belysningvast@vattenfall.com)