

# Felanmälan

Datum:

Adress						Lgh nr
Namn				Tel bost		
Tel arb				Tel mob		
H-nyckel – reservnyckel får <input type="checkbox"/> användas <input type="checkbox"/> ej användas <input type="checkbox"/> extra lås				Hg hemma / kl.		Djur i lgh
						Sign
<b>Fel som ska åtgärdas</b>						
<b>Objekt</b>	<b>Kök</b>	<b>Bad</b>	<b>Toa</b>	<b>Hall</b>	<b>Rum</b>	<b>Felorsak</b>
Blandare						
Radiotor / Vent						
Avlopp (stopp)						
Dörr						
Elfel						
Fönster						
Ventilation						
Toalett						
Spis	<input type="checkbox"/> kokplatta <input type="checkbox"/> ugn					
Kyl-Frys	<input type="checkbox"/> ingen kyla <input type="checkbox"/> just. av					
Allmänna Utrymmen	<input type="checkbox"/> Tvätt		<input type="checkbox"/> källare		_____	
	<input type="checkbox"/> Hiss		<input type="checkbox"/> trapp		_____	
	<input type="checkbox"/> port					
Övrigt						
Arb utf den	Använd tid		Sign			Konto nr
Hyresgäst deb	Material		Efterarbete – typ av arbete			