



Anmälan

Verksamhet med medicinska solarier

enligt 2 kap 1 § Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter (SSMFS 2018:2) om anmälningspliktiga verksamheter.

1. Verksamhetsutövare

Företag eller motsvarande		Organisationsnummer	
Postadress		Postnummer och ort	
Telefon	E-postadress (Bekräftelse på anmälan skickas till denna adress)		

2. Fakturauppgifter (om andra än ovan)

Företag eller motsvarande		Fakturareferens	
Postadress		Postnummer och ort	

3. Övriga upplysningar

I de fall verksamheten kan anmälas i Strålsäkerhetsmyndighetens e-tjänst för anmälningsplikt, ange skälet till varför blanketten används istället för e-tjänsten.

--

Jag har tagit del av strålskyddslagen (2018:396) och Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter (SSMFS 2018:2) om anmälningspliktig verksamhet.

Strålskyddslagen och myndighetens föreskrifter finns tillgängliga via

www.stralsakerhetsmyndigheten.se.

Behörig firmatecknare

Ort och datum	Underskrift
Namnförtydligande och befattning	