

Anmälan om sanering av tandklinik

enligt 28 § förordningen om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd (SFS 1998:899)

Allmänna uppgifter

Verksamhetens namn	Organisationsnummer
Adress	Fastighetsbeteckning (där verksamheten bedrivs)
Postadress	
Faktureringsadress	
Ansvarig för verksamheten	Telefon
E-post adress	Mobiltelefon
Fastighetsägare (namn, adress & postadress)	
Fastighetsägaren är informerad om saneringen <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, eventuella synpunkter från fastighetsägaren:	

Uppgifter om fastigheten och tandkliniken

Fastighetens byggår	Antal patientoalletter	Antal behandlingsrum
Tandkliniken har bedrivits av er i lokalerna sedan år		Tandklinik har funnits i lokalerna sedan
Sugsystem: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Diskbänksavskiljare installerad sedan år: <input type="checkbox"/> Vått, amalgamavskiljare installerad sedan år: <input type="checkbox"/> Torrt, amalgamavskiljare installerad för _____ st stolar sedan år: _____		
Rörmaterial <input type="checkbox"/> Plast <input type="checkbox"/> Koppar <input type="checkbox"/> Gjutjärn <input type="checkbox"/> Rostfritt stål <input type="checkbox"/> Annat:		
Avloppsrens placering i lokalerna <input type="checkbox"/> Liggande i fastighetens betongbjälklag <input type="checkbox"/> Liggande i fastighetens träbjälklag <input type="checkbox"/> Hängande i taket i våningen under <input type="checkbox"/> Liggande på golvet eller monterad på vägg <input type="checkbox"/> Annat:		
Finns aktuell ritning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Är avloppsstammarna i fastigheten utbytta eller spolade? <input type="checkbox"/> Ja, år: _____ <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej		
Är avloppsroren mellan amalgamavskiljare och vertikal avloppsstam utbytta eller spolade? <input type="checkbox"/> Ja, år: _____ <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej		
Är avloppsroren från kliniken utbytta eller spolade? <input type="checkbox"/> Ja, år: _____ <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej		

Uppgifter om saneringen

Typ av sanering <input type="checkbox"/> Slutsanering <input type="checkbox"/> Driftsanering	
Tidpunkt för saneringen	Tidpunkt för ev. besiktning av saneringsföretag
Företag som ska utföra saneringen	
Adress	
Kontaktperson	Telefonnummer
Transportör som ska anlitas för transport av farligt avfall (fyll även i om ni ska transportera avfallet själva)	
Anläggning dit det farliga avfallet kommer transporteras	
Saneringen kommer utföras av kvicksilverförorenade rör som är anslutna till: <input type="checkbox"/> Behandlingsstol, antal: _____ <input type="checkbox"/> Diskbänk i steriliseringsrum, antal: _____ <input type="checkbox"/> Tvättställ från behandlingsrum, antal: _____ <input type="checkbox"/> Tvättställ från patienttoalett, antal: _____ <input type="checkbox"/> Centralt sugsystem <input type="checkbox"/> Annat	
Sanering kommer att utföras av annan utrustning än avloppsrör <input type="checkbox"/> Bufferttank <input type="checkbox"/> Annat:	
Typ av åtgärd <input type="checkbox"/> Avloppsrör och/eller andra delar kommer att demonteras och omhändertas som farligt avfall. <input type="checkbox"/> Sanering kommer att ske genom högtrycksspolning. Allt spolvatten och slam kommer att samlas upp och omhändertas som farligt avfall. <input type="checkbox"/> Annan typ av efterbehandling, d v s _____ _____	
Berörs den kommunala VA-ledningen eller andra hyresgäster av saneringen? <input type="checkbox"/> Ja, den kommunala VA-ledningen <input type="checkbox"/> Ja, andra hyresgäster <input type="checkbox"/> Nej Ange eventuella åtgärder till följd av detta: _____ _____	

Slutsanering – övriga uppgifter**Den dentala utrustningen kommer att:** Lämnas över till annan användare,

d.v.s: _____

 Flyttas med till nya lokaler Skrotas Annat, d.v.s.:**Lokalerna kommer efter saneringen att användas för:** Tandvårdsverksamhet med amalgamarbete (fyllning och/eller urborring) Tandvårdsverksamhet utan amalgamarbete Annan verksamhet än tandvård, d.v.s.: Lokalerna kommer att byggas om med beräknad tidpunkt:**Vid flytt av verksamheten till annan adress**

Ev. nytt namn:

Ny adress:

Nytt telefonnummer:

Övrig information**Bilagor**

- Kopia på **tillstånd** för transport av farligt avfall
- Anteckningar/analysprotokoll från **provtagning** eller mängduppskattning av slammet i rören.
- Ritning** där längd och rördimension beskrivs.
Vilka röravsnitt som ska åtgärdas och vilka som inte omfattas av efterbehandlingen ska framgå.
- Annan bilaga

Personuppgifter som lämnas via ansökningar/anmälningar kommer att registreras i miljöskyddskontorets datoriserade ärende- och tillsynsregister. Mer information finns i bilagan "Så behandlar vi dina personuppgifter".

Avgift

Kommunfullmäktige har fastställt en taxa för Miljöskyddsnämndens verksamhet inom miljöbalkens område. För handläggning av anmälan om sanering av tandklinik tas avgift ut i form av timtaxa för nedlagd handläggningstid. För närvarande (2021-01-12) är timavgiften 1 000 kronor. Normalt sker avgiftshöjningar i början av varje år.

Underskrift

Ort och datum

Anmälan bör ha inkommit till oss senast 6 veckor innan saneringen påbörjas.

Ifylld blankett skickas till: Miljöskyddsnämnden, 441 81 ALINGSÅS