|  |
| --- |
| Jag som rapporterar |
| Datum för störning | Tidpunkt för störning | Anmälarens namn |
|       |       |       |
| Ort | Adress |
|       |       |
| E-post | Telefon | Hyresgäst hos KBAB |
|       |       | [ ]  |
| Jag vill rapportera |
| Störandes namn | Störandes adress | Lägenhetsnummer |
|       |       |       |
| Oväsen från lägenheten (röster, skrik m m) | Hög musik från lägenheten | Oväsen i anslutning till bostadshus | Obehöriga i trapphus/källare/vindsvåning |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Oväsen i trapphus/källare/vindsvåning | Lägenhetsbråk | Annat |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Tilläggsinformation |
|       |
|  |
| Övriga noteringar |
|       |
| Underskrift |
| Datum | Namnförtydligande |
|       |       |
| Underskrift |
|       |
| Blanketten skickas tillKrokomsbostäder AB835 80 Krokom |