



Datum då ansökan mottagits _____

Meddelande om att kompostering upphör

Namn	Telefon
Adress	Postnummer och -anstalt
E-post adress	

Beslutsnummer (§/år):
Datum då kompostering upphör:
Orsak till varför kompostering upphör: <input type="checkbox"/> Permanent bortflyttning från fastigheten <input type="checkbox"/> Separatinsamling av bioavfall tas i bruk <input type="checkbox"/> Separatinsamling av bioavfall tas i bruk under vintertiden 1.11-31.3 (om annan tid meddela nedan) <input type="checkbox"/> Övrig orsak (meddela nedan)
Om övrig orsak har uppgetts i föregående svar, förklara närmare:

Ansökan returneras till:

Vasaregionens avfallsnämnd
PB 2
65101 Vasa