

FELANMÄLAN

Datum: _____

Objekt: OBJEKT:

Felanmälan av utförda stam-byten mm. på rubr.fastighet
Garantin gäller dom fel som uppstår efter godkänd slutbesiktning
Nya anmärkningar på material och utförande godtas ej.

Kryssa i tillämplig ruta

| | | | |
|-----------------|----------------|--|--------------------------|
| Felet är av typ | akut | risk för mer skador om felet ej åtgärdas | <input type="checkbox"/> |
| Felet är av typ | brådiskande | åtgärdas snarast | <input type="checkbox"/> |
| Felet är av typ | ej brådiskande | åtgärdas när vi får tid | <input type="checkbox"/> |

Felanmälan:

Igh: _____

Namn: _____

Adress: _____

Telefon: (bost./ arb samt ev.mobil) _____

Tillträde med huvudnyckel ja. nej. är hemma

Var hämtar vi nyckel: _____

Typ av fel: _____

Felanmälan skall sändas till Eskilstuna Byggtjänst AB (felanmäl ej på telefon).

fax: 016-51 82 20

e-post: ea.byggtjanst@telia.com

brev: Eskilstuna Byggtjänst AB

Ståhlbergsvägen 13 632 21 Eskilstuna

