



Ansökan om lastplats

Företag	
Adress	Kontaktperson
Postadress	Telefonnummer
e-postadress	

Varumottagningens gatuadress
Verksamhetens art

Tidpunkter för leveranser
börjar kl: _____ slutar kl: _____

Genomsnittligt antal leveranstillfällen (in och ut) med företagets, leverantörers och åkeriets fordon
<input type="checkbox"/> färre än 1 per dag, ange hur ofta: _____
<input type="checkbox"/> 1–4 per dag <input type="checkbox"/> 5 eller fler per dag
<input type="checkbox"/> annat: _____

Genomsnittliga sammanlagda varumängder per leveranstillfälle
<input type="checkbox"/> mindre än 50 kg <input type="checkbox"/> 50–100 kg <input type="checkbox"/> mer än 100 kg
<input type="checkbox"/> annat: _____

Vikt per lastenhet
<input type="checkbox"/> mindre än 25 kg per enhet <input type="checkbox"/> mer än 25 kg per enhet
<input type="checkbox"/> annat: _____

forts nästa sida

Typ av leveransfordon

- personbil/kombibil
- skåpbil eller mindre lastbil (under 3,5 ton totalvikt)
- lastbil
- annat: _____

Lasthjälpmedel

- truck godset bärs
- pallyftare annat: _____
- rullpall/rullbur
- kärra/pirra

Datum

Underskrift

Trafikkontorets noteringar

P (fri ks), % _____ Kb-bredd, meter _____

Trafikmängd, f/d _____ Enkel/dubbelriktning _____

Övrig samordning med andra företag m.m. _____
