



Bilaga _____
till blankett B

Kompletterande uppgifter om inventering av fogmassor

Fastighetsuppgifter

Byggnadens adress	Fastighetsbeteckning
-------------------	----------------------

Kontroll av förekomst av fogmassa

Kontrollerat	Fogmassa finns	Provtagning har gjorts
<input type="checkbox"/> Fönster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dörrar/dörrpartier i fasad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dörrar/dörrpartier inomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mellan fasadelement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rörelsefogar (dilatationsfogar) i fasad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rörelsefogar (dilatationsfogar) mellan huskroppar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rörelsefogar (dilatationsfogar) i golv (inomhus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Balkonger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trapphus (inomhus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Glaspartier/väggelement inomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer