SVALÖVS KOMMUN

# Byggnadsvårdspremium

## Förslag till premiemottagare:

Namn:_____

Adress:_____

_____

Telefon:_____

Fastighetsbeteckning:_____

Beskrivning (gärna med foto)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SVALÖVS KOMMUN

Förslagsställare:_____
Underskrift_____
Namn_____
Adress_____
Telefon_____

Förslaget ska vara inlämnat till
Svalövs kommun, 268 80 Svalöv senast den **1 september.**

Märk kuvertet med ”Byggnadsvårdspremium”.
Bestämmelser: Bestämmelser om utdelning av Svalövs kommuns byggnadsvårdspremium