

Upprättad av: LSA	Godkänd av: CGA		Skapat 2026-03-09	Senast ändrat 2026-03-09	Godkänt 2026-03-09
-------------------	-----------------	--	----------------------	-----------------------------	-----------------------

Ref.#	Ansökningsblankett: All information måste fyllas i korrekt för att ansökan skall behandlas.	
01	Ansvarig entreprenör Företag:	Ansvarig Bas-U: Adress: Telefonnummer: e-post:
02	Fakturainformation. Fylls i på begäran av flygplatsledning	Märke/Referens: Fakturaadress: Organisationsnummer:
03	Ansvarig / kranleverantör. (Skall finnas tillgänglig på svensk mobiltelefon eller radio under överenskommen tid)	Namn: Företag: Mobilnummer: e-mail:
04	Plats (Adress, ref till karta)	
05	Tid för etablering	Datum: Kl:
06	Tid för av-etablering	Datum: Kl:
07	Beskrivning av arbetet i klartext. (Laster, vindkänslighet etc)	
08	Krans vikt inklusive maximal last	Ton:
09*	Maximalt stödbenstryck ref. Fig. 1.	Tass 1 kN Tass 2 kN Tass 3 kN Tass 4 kN
10*	Bredd och längd av mobilkran ref. Fig 1.	A= m B= m
11	Position (Anges enligt WGS 84 i formatet Degrees Minutes Seconds)	(D° M' S"), DD/MM/SS
12	Maximal plushöjd i meter med referens till havsytans medelnivå.	MÖH:
13	Maximal horisontell kranarmsutskjutning i meter	M:
14	Ev. byggprojektnummer	Proj Nr:
15	Referens till bifogat underlag	Bilaga:
16	Härmed accepteras villkor i ansökan. Ansvarig person Ref. #01 Datum:	Signatur: Namnförtydligande:
17**	Kran-ID. (ÅÅ-MM-DD-Sekvensnummer)	
18**	Godkännes, ansvarig mark. Datum:	Sign: Namnförtydligande:
19**	Godkännes, ansvarig helikopterflygplats (Vid behov) Datum:	Sign: Namnförtydligande:

* Fylls i vid etablering av mobilkran

** För flygplatsledningens bruk.

Ifylld ansökan och bilagor mailas till heliport.sodersjukhuset@regionstockholm.se