

Upprättad av: LSA	Godkänd av: CGA		Skapat 2019-08-28	Senast ändrat 2026-04-24	Godkänt 2026-04-24
-------------------	-----------------	--	----------------------	-----------------------------	-----------------------

Bilaga 1. R2 Ansökan drönanflygning. All information måste fyllas i korrekt för att ansökan skall behandlas. **Notera speciellt format för positionsangivelse.**

Ref. #		
01	Företag: Fakturaadress:	Organisationsnummer: Telefonnummer: e-Mail:
02	Ansvarig drönanpilot. (Skall finnas tillgänglig på angivet mobiltelefonnummer under tiden som flygning pågår)	Namn: Företag: Mobilnummer: e-Mail:
03	Flygningens plats (adress eller referens till kartbilaga)	
04	Tid för flygningens start	Datum: Kl:
05	Tid för flygningens avslutande	Datum: Kl:
06	Beskrivning av arbetet i klartext. (syfte, motiv etc)	
07	Startposition (Anges enligt WGS 84 i formatet Degrees Minutes Seconds (D° M' S"), DD/MM/SS)	
08	Landningsposition (Anges enligt WGS 84 i formatet Degrees Minutes Seconds (D° M' S"), DD/MM/SS)	
09	Maximal flyghöjd i meter med referens till havsytans medelnivå.	Möh:
10	Referens till bifogat underlag	Bil. 2:
11*	Ansvarig drönanpilot	Sign:
12**	Villkor utöver det som framgår av Drönaninfo ESHC: Titel:	Samråd godtaget <input type="checkbox"/> avslaget <input type="checkbox"/> Datum: Sign: Namnförtydligande:

*Undertecknad garanterar att följa anvisningar i Drönaninfo ESHC. **För flygplatsledningens bruk

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

