

HÅLOGALAND KRAFT AS

Søknad om kompensasjon ved strøbrudd på over 12 timer Felter merket med * må fylles ut.

Kundeinformasjon

Navn:* _____

Telefon

privat: _____

Telefon

jobb/mobil: _____

E-

post: _____

Kundenummer (finnes på
faktura):* _____

Målepunkt ID (finnes på faktura, siste 8
siffer):* _____

Adresse (der strømvbruddet fant
sted):* _____

Postnr. og

poststed:* _____

Informasjon om strøbruddet?

Startet (dd.mm.åååå

tt.mm):* _____

Opphørte (dd.mm.åååå

tt.mm):* _____

Varighet (i

timer): _____

Beskrivelse/informasjon: _____

.....
Dato/sted

.....
Signatur