



**FLESBERG  
ELEKTRISITETSVERK AS**

## Krav om kompensasjon for strømavbrudd med varighet på 12 timer eller mer

Kundeinformasjon: (Felter merket med \* må fylles ut)

Navn\*: \_\_\_\_\_

Telefon\*: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

Kundenummer (se faktura)\*: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Hvor skjedde strømbruddet?

Adresse der strømbruddet fant sted\*: \_\_\_\_\_

Postnummer/sted\*: \_\_\_\_\_

Anleggets målepunkt ID (se faktura)\*: \_\_\_\_\_

Når skjedde strømbruddet?

Start (dd.mm.åååå tt:mm)\* \_\_\_\_\_

Slutt (dd.mm.åååå tt:mm)\*: \_\_\_\_\_

Beskrivelse/ annen informasjon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dato/signatur