

UPPSÄGNING AV LÄGENHET

Härmed uppsäges lägenhet

Lägenhetsnr:.....

Adress:.....

Postadress:.....

Eventuell Parkering/Garageplats:.....

Kontraktssinnehavare

Kontraktssinnehavare 1:.....Persnr:.....

Kontraktssinnehavare 2:.....Persnr:.....

Flyttar till

Adress:.....

Postadress:.....

Telefonnummer:

Arbete:.....Mobil:.....

Hem:..... E-mail:.....

Avflyttningsdatum:

Lagstadgat datum

(3 kalendermånader efter
uppsägning) (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Undertecknat datum:

(ÅÅÅÅ-MM-DD)

Underskrift kontraktssinnehavare 1.

Underskrift kontraktssinnehavare 2.

Övriga upplysningar: _____

**OBS! Denna blankett måste skrivas ut och skickas per post för att kunna handläggas.
Om du inte fått någon bekräftelse på uppsägningen inom 7 dagar bör du ta kontakt med oss.
Var vänlig kontakta vaktmästaren på telefon 070-603 60 11 och föreslå en tid för besiktning.**

Blanketten skickas till:
Larms Fastigheter AB
Hässelåsgatan 9
575 36 EKSJÖ

