

Uppsägning av lägenhet

Hyresgäst:…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Person-Org.nr:……………………………………………………………………………………………………………………………..

Tel:............................................................ E-mail:………………………………………………………………………..

Hyresgäst:…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Person-Org.nr:……………………………………………………………………………………………………………………………..

Tel:............................................................ E-mail:………………………………………………………………………..

Gatuadress:…………………………………………………………………………………………………………………………………

Postadress:…………………………………………………………………………………………………………………………………

Avflyttningsdag:……………………………………. Önskad tidigare avflyttningsdag:……………………………………..

**Uppgifter om nuvarande hyresobjekt**

Objektnr:…………………………… Storlek:………………………… hyra/mån:…………………………

Följande underkontrakt skall sägas upp med samma uppsägningstid:

Objektnr:…………………………… Objektnr:……………………… Objektnr:………………………….

**Avser flytta till nedanstående adress**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Anledning**
[ ]  Flyttar till annan hyresvärd inom kommunen [ ]  Köpt hus
[ ]  Flyttar från kommunen [ ]  Flyttar till servicehus
[ ]  Byter inom bostadsbeståndet [ ]  Annan orsak

Uppsägning har skett i enlighet med hyreskontraktets bestämmelser. Vid dödsfall eller avflyttning till serviceboende gäller en månads uppsägning.

……………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………….
Ort/datum Ort/datum

……………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………….
Underskrift Underskrift

……………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………….
Namnförtydligande Namnförtydligande