

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