

ELL-EFF Fastigheter AB

Helägt dotterbolag till Länsförsäkringar Jönköping



UPPSÄGNING AV LÄGENHET

HÄRMED UPPSÄGES LÄGENHET:

Lägenhetsnummer: _____

Ev. parkering/garageplats: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

KONTRAKTSINNEHAVARE:

Kontraks innehavare 1: _____

Personnummer: _____

Kontraks innehavare 2: _____

Personnummer: _____

FLYTTAR TILL:

Adress: _____

Postadress: _____

AVFLYTTNINGSDATUM:

Lagstadgat datum:

(3 kalendermånader efter uppsägning, en månad vid dödsfall.)

(ÅÅÅÅ-MM-DD)

Önskat datum:

(Ange önskemål om tidigare datum än 3 månader.)

(ÅÅÅÅ-MM-DD)

UNDERSKRIFTER:

Ort, Datum

Kontraktsinnehavare 1

Kontraktsinnehavare 2

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR:

BEKRÄFTELSE AV UPPSÄGNING

Ort, Datum

Underskrift Hyresvärd

OBS! Denna blankett måste skrivas ut och skickas per post till ELL-EFF Fastigheter AB för att kunna handläggas. Om ni ej får någon bekräftelse inom 7 dagar bör ni ta kontakt med kontoret. Uppsägning skickas till: ELL-EFF Fastigheter AB c/o Länsförsäkringar, Box 623 551 18 Jönköping.