

Härmed säger jag upp:

Min lägenhet på adressen _____
Lägenhetsnummer _____
Jag kommer att flytta till denna adress _____
Postnr _____ Ort _____

Min parkeringsplats på adressen _____
Objektsnummer _____
 Min garageplats på adressen _____
Objektsnummer _____

Mitt förråd på adressen _____
Objektsnummer _____

Observera att det är 3 månaders uppsägningstid från nästkommande månadsskifte.

- Uppsägningen avser dödsbo. 1 månads uppsägningstid. Bifoga dödsfallsintyg och vårdnadsintyg.

Kontraktsinnehavare (TEXTA!) _____

Personnummer _____

Adress _____

Telefon dagtid _____ Mobil _____

E-postadress _____

Sollentuna 20____-____-____

Namnteckning

Vi skickar bekräftelse på din/-a uppsägning/-ar snarast möjligt.

Aug. 2020

Postadress
SOLLENTUNAHEM AB
Box 6059
192 06 Sollentuna

Besöksadress
Malmvägen 10
Telefon
08-626 08 00

E-post
kontakt@sollentunahem.se
Webbplats
www.sollentunahem.se

Organisationsnummer
559087-2445
Bankgiro
721-7250