UPPSÄGNING AV BOSTADSLÄGENHET

Uppsägningsdatum (dagens datum)	Lägenhetsnummer	Kundnummer
Adress	Postnummer	Postort
Ev. parkeringsplats/garage/förråd		

HYRESGÄST

Hyresgäst 1 (för- o efternamn)		
Personnummer	Telefon	Mejladress
Hyresgäst 2 (för- o efternamn)		
Personnummer	Telefon	Mejladress
Ny adress	Postnummer	Postort

AVFLYTTNING

Jag är medveten om att min uppsägning är 3 kalendermånader och att mitt kontrakt löper ut (datum):

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

Ort och datum

Ort och datum

Underskrift hyresgäst 1

Underskrift hyresgäst 2

Denna blankett skrivs ut och skickas per post till Agona Fastigheter AB, Verkstadsgatan 40, 392 39 Kalmar.
Vi kommer handlägga ärendet och skicka en bekräftelse när uppsägningen är mottagen.
Uppsägningstiden (3 kalendermånader) börjar löpa fr.o.m. det datumet uppsägningen är oss tillhanda.
Vid frågor kontakta oss på telefon 0480-100 79 alternativt mejl info@agona.se.