



Uppsägning av hyresavtal

HYRESLÄGENHET

Adress
Avflyttningsorsak

HYRESGÄST/ER - texta

Namn	Namn
Ny adress Var god texta!	
Adress _____	

Tel: _____	
E-post: _____	

Uppsägningstiden är en kalendermånad. Uppsägningshandlingen skall vara Finströms kommun tillhanda senast sista vardagen i månaden före uppsägningstidens början.

Undertecknad uppsäger härmed hyresavtalet ovan att upphöra fr.o.m: _____
--

UNDERSKRIFTER

Ort och datum
Hyresgästens namnteckning(ar)
_____ Namnförtydligande

Undertecknad blankett lämnas in eller skickas till

Finstroems kommun
Skolvägen 2
224 10 Godby