



UPPSÄGNING DEL AV LÄGENHETSAVTAL

Lägenhetsnummer _____

Adress _____

Härmed säger jag, _____, personnr. _____, fr.o.m. _____(datum) upp min del av ovanstående lägenhetsavtal.

Flyttar till:

Adress _____

Postadress _____

Jag är medveten om att jag har tre kalendermånaders uppsägningstid från ovanstående datum.

_____, med personnummer: _____, som idag har del i kontraktet önskar stå kvar själv på kontraktet om Wallenstam kan godkänna henne/honom som ensam hyresgäst.

Datum

Underskrift

Ovanstående uppgifter godkännes av sammanboende

Datum

Underskrift

- Jag/vi informeras om och samtycker till att mina/våra personuppgifter behandlas för att administrerar uppsägning av del av lägenhetsavtal. Mer information om Wallenstams personuppgiftsbehandling finns publicerad på www.wallenstam.se

Observera att denna blankett kan skrivas ut och skickas per post alternativt scannas in och mailas till vår kundservice för att handläggas. Om du inte fått någon bekräftelse inom sju (7) arbetsdagar bör du ta kontakt med oss.