

UPPSÄGNING AV HYRESRÄTT

Uppgifter om bostaden

Adress: _____

Ledig fr.o.m.: _____

Hyresgästens/-ernas uppgifter

Namn: _____

Personbeteckning: _____

Telefonnummer: _____

Epost: _____

Kontonummer (för återbetalning av deposition): _____

Ny adress: _____

Namn: _____

Personbeteckning: _____

Telefonnummer: _____

Epost: _____

Kontonummer (för återbetalning av deposition): _____

Ny adress: _____

Ort: _____ Datum: _____

Uppsägning sker med en (1) kalendermånads uppsägningstid och räknas från månadskiftet efter uppsägningsdagen.

Bostaden återlämnas i städat skick.

Alla nycklar (även eventuella bilplatsnycklar) lämnas vid ett tillfälle enligt överenskommelse.



ISÄNNÖINTI
Mäkinen

Pitkäkatu 85 • 65100 VAASA
Puh. 010 289 8700
www.ismakinen.fi