



UPPSÄGNING DEL AV KONTRAKT

Jag säger härmed upp min del av nedanstående hyresavtal.

AVFLYTTANDE HYRESGÄST

| | | |
|--|--------------------|------------------------|
| Fastighetsägare Nyköpingshem AB Box 1019 611 29 NYKÖPING | Lägenhetens adress | |
| | Postnummer | Ort |
| | Lägenhetsnummer | |
| | Lägenhetstyp | Lägenhetsstorlek (kvm) |
| Sökandes namn | | Personnummer |
| Telefon dagtid | Telefon kvälltid | Mobil |
| Ny adress | | |

Ansvar för lägenheten under uppsägningstiden

Person som sagt upp sin del av hyreskontrakt har oförändrat ansvar för lägenhetens skick och hyresbetalning under den i hyresavtalet fastställda uppsägningstiden (normalt 3 månader). Ni kan här ange om ni önskar bli friskrivna från hyresavtalet vid annan tidpunkt. Observera att en friskrivning vid annan tidpunkt än vad som följer av hyresavtalets uppsägningstid måste godkännas av kvarvarande hyresgäst för att den ska gälla.

Jag godtar inte att ansvaret regleras tidigare än uppsägningstidens utgång (normalt 3 månader)

Jag önskar friskrivnas från hyresavtalet from 20__ - ____ - ____

Övriga upplysningar

| |
|--|
| |
|--|

Underskrifter

| | |
|------------------------------|---------------------------|
| Ort/datum Nyköping | |
| Underskrift sökande | Namnförtydligande sökande |

Postas till: Nyköpingshem AB, Box 1019, 611 29 Nyköping

NYKÖPINGSHEM AB

POSTADRESS BESÖKSADRESS TELEFON TELEFAX PLUSGIRO BANKGIRO ORGANISATIONSNR
Box 1019 Skjutsaregatan 32 0155-755 00 0155-28 20 39 26 54 38-2 991-2197 556450-9486
611 29 NYKÖPING NYKÖPING

E-post: info@nykopingshem.se

www.nykopingshem.se