



Uppsägning av Vård- och omsorgslägenhet

Boende: _____

Lägenhetsnummer: _____

Namn: _____

Personnummer: _____

Frånfälle (datum): _____

Kontaktperson

Namn: _____

Tel: _____

Adress: _____

Postnummer: _____

Postadress: _____

Mailadress: _____

Underskrift och datum:
