

## Överenskommelse om upphävande av hyresavtal

Hyresgäst: .....

Personnummer: .....

Adress: .....

.....

Lägenhetsnummer: .....

**Hyresvärd:** Lokalförsörjningsavdelningen, Örebro kommun

Härmed bekräftar undertecknad att hyresavtalet mellan mig/hyresgäst och Örebro kommun gällande ovan angivna lägenhet ska upphöra att gälla per nedan angivna datum.

**Datum när hyresavtalet ska upphöra:** .....

**Får lägenheten visas för ny hyresgäst?** Ja  Nej

**Önskas slutstädning** Ja  Nej

*Kostnadsfri slutstädning erbjuds senast 5. dagen efter dödsfall. Slutstädning senare än 5 dagar debiteras avflyttande hyresgäst eller dödsboet.*

**Datum:** .....

**Underskrift:** .....

Du/anhörig/god man/dödsbodelägare/enhetschef

**Namnförtydligande:**

.....