

ANSÖKAN OM TILLSTÅND OM UTHYRNING AV HYRESLÄGENHET

LÄGENHETSINNEHAVARE	ANSÖKNINGSDATUM:
NAMN:	PERS.NR:
GATUADDRESS:	LÄGENHETSNR:
POSTADDRESS:	TELEFONNR:

FÖRESLAGEN HYRESGÄST	
NAMN:	PERS.NR:
NUVARANDE ADRESS:	
POSTADDRESS:	TELEFONNR:

SKÄL TILL ANDRAHANDSUTHYRNING

TILLSTÅND SÖKS FÖR TIDEN FRÅN OCH MED:	TILL OCH MED:
---	---------------

LÄGENHETSINNEHAVARENS ADRESS OCH MOBILNUMMER UNDER UTHYRNINGSTIDEN	
GATUADDRESS:	
POSTADDRESS:	TELEFON/MOBILNR:

Lägenhetsinnehavaren ansöker härmed om tillstånd att hyra ut lägenheten till den föreslagna hyresgästen. Lägenhetsinnehavaren ansvarar för att hyresgästen informeras om BRF Hagalundens stadgar och ordningsföreskrifter.

LÄGENHETSINNEHAVARENS UNDERSKRIFT SOLNA DEN:	
NAMN:	NAMNFÖRDTYDLIGANDE:

BOSTADSRÄTTSFÖRENINGENS BESLUT		
<input type="checkbox"/> Ansökan beviljas	<input type="checkbox"/> Ansökan avslås	<input type="checkbox"/> Ansökan beviljas för tiden:
Skäl/Villkor:		
Ort: Datum:		
Styrelseledamot		Styrelseledamot
Namnförtydligande		Namnförtydligande