

ANMÄLAN OM AVSLUT RESP. ÖVERTAGANDE AV ELABONNEMANG/ IN- OCH UTFLYTTNING

Datum för avläsning av mätare = skiftesdatum enligt kontrakt* _____

Anläggningsadress* _____

Ort _____ Lägenhetsnummer _____

Anläggnings-id* _____

Nuvarande kund

Namn* _____ Kundnummer* _____

Personnummer/org. nummer* _____

Adress för slutfaktura _____

Telefonnummer dagtid* _____

Ny kund

Namn* _____

Personnummer/org. nummer* _____

Avvikande fakturaadress från anläggningsadress _____

Telefonnummer dagtid* _____

Underskrift utflyttande*

**obligatoriska uppgifter*

Underskrift inflyttande*

