

UPPSÄGNINGSBLANKETT

***Kunduppgifter***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kundnamn: | | | Kundnummer: |
| Gatuadress: | | Organisationsnummer: | |
| Postnr: | Postort: | E-mail: | |
| Kontaktperson: | | Telefonnummer: | |

*Obs! Alla våra avtal har 1 års löpande uppsägningstid.*

Datum för uppsägning: *(tidigast då vi mottager denna blankett)*

Anledning till uppsägning:

Sista dag för åtgärd hos larmcentral:

En bekräftelse på uppsägningen skickas till ovanstående adress/e-mail när vi mottagit denna blankett.   
  
Härmed sägs ovanstående avtal upp med Säkerhetspartner i Väst AB.

*Datum, ort Namnteckning*

**Uppsägningen postas alternativ mailas till:**

**Säkerhetspartner i Väst AB  
Bilgatan 7A  
442 40 Kungälv**

**kundtjanst@spiv.se**