

**Kundendaten** (immer angeben)

Name	Kundennummer
Vorname	Telefonnummer

**Objektdaten** (immer angeben)

Straße	PLZ, Ort
Name Vermieter	Adresse Vermieter
Telefon Vermieter	

An:

**Medicom Dreieich GmbH**  
**Landsteinerstraße 2 A**  
**63303 Dreieich**

Fax: 06103 / 5032-44  
 info@medicom-dreieich.de

**KÜNDIGUNG - KABELANSCHLUSS**

Hiermit kündige ich den Kabelanschluss der Firma Medicom Dreieich GmbH zum \_\_\_\_\_  
 Zum gleichen Datum storniere ich die Ihnen vorliegende Einzugsermächtigung.

**Kündigungsgrund**

(z. B. Umzug, Todesfall, Umstellung)

**Nachmieter, falls bekannt**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Meine neue Anschrift (bei Umzug) bzw.**  
**Anschrift für Kündigungsbestätigung (im Todesfall)**

Name, Vorname	
Straße	
PLZ, Ort	Telefon

**X** \_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

**X** \_\_\_\_\_  
 Unterschrift

Bitte ausdrucken, unterschreiben und uns per Post oder Fax zukommen lassen