

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