

Kündigung Kabelnutzungsvertrag

Bitte vervollständigen und unterschrieben an Medicom Dreieich GmbH senden, faxen oder mailen.

An:

Medicom Dreieich GmbH
Landsteinerstraße 2 A
63303 Dreieich

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

Kunden- und Objektdaten (immer angeben)

<input checked="" type="checkbox"/>	Name	<input checked="" type="checkbox"/>	Vorname
<input checked="" type="checkbox"/>	Straße, Hausnummer	<input checked="" type="checkbox"/>	Kundennummer
<input checked="" type="checkbox"/>	PLZ, Ort	<input checked="" type="checkbox"/>	Telefonnummer

Vermieter/Eigentümer (immer angeben)

<input checked="" type="checkbox"/>	Name Vermieter
<input checked="" type="checkbox"/>	Adresse Vermieter
<input checked="" type="checkbox"/>	Telefon Vermieter

Hiermit kündige ich den mit Ihnen geschlossenen Kabelnutzungsvertrag für oben genannten Kabelanschluss fristgerecht zum _____ alternativ zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Kündigungsgrund (Zur Prüfung der Kündigungsfristen bitte angeben)	Nachmieter, falls bekannt
<input checked="" type="checkbox"/> _____	<input checked="" type="checkbox"/> _____

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Name, Vorname	
<input checked="" type="checkbox"/>	Straße	
<input checked="" type="checkbox"/>	PLZ, Ort	<input checked="" type="checkbox"/> Telefon

Ort, Datum

Unterschrift Kunde