



OMFLYTTNINGSANMÄLAN

LÄGENHETSNR: _____

ANTAL RUM : _____

SÖKANDE

PERSONNR: _ - - - - - - - - - -

MEDSÖKANDE

PERSONNR: _ - - - - - - - - - -

EFTERNAMN: _____

EFTERNAMN: _____

FÖRNAMN: _____

FÖRNAMN: _____

ADRESS: _____

ADRESS: _____

POSTNR: _____

POSTNR: _____

ORT: _____

ORT: _____

TEL. BOSTAD: _____

TEL. BOSTAD: _____

TEL. ARBETET: _____

TEL. ARBETET: _____

YRKE: _____

YRKE: _____

ARBETSGIVARE: _____

ARBETSGIVARE: _____

BRUTTOINKOMST/ÅR _____

BRUTTOINKOMST/ÅR _____

ANTAL PERSONER SOM BOSTADEN SÖKES FÖR: _____

VARAV BARN: _____ FÖDDA: _____

HAR BIL HAR HUND HAR KATT

ÖNSKEMÅL:

BOSTADSOMRÅDE: _____

ANTAL RUM: _____ HÖGSTA HYRA: _____

ANMÄLAN SKICKAS TILL:

AMLÖVS FASTIGHETSFÖRVALTNING AB
PRÄSTGÅRDSÄNGEN 8
412 71 GÖTEBORG

TELEFON 031-40 04 40
FAX: 031-40 04 44
E-POST: info@amlovs.se
WEBSIDA: www.amlovs.se