

Uppsägning av plats hos Personalkooperativet Kulingen.

UPPSÄGNINGSTID

Uppsägningstiden är två månader från det datum då denna blankett inkommit till Personalkooperativet Kulingen.

AVGIFT

Avgift debiteras t.o.m. uppsägningstidens slut oavsett om platsen utnyttjas eller inte.

BARNET	Namn	Personnummer
--------	------	--------------

PLATSINNEHAVARE	Namn	Personnummer
	Namn	Personnummer

SISTA NÄRVARODAG	År-månad-dag
------------------	--------------

UNDERSKRIFT	Vårdnadshavare	Datum
	Vårdnadshavare	Datum

Om barnet har två vårdnadshavare skall båda skriva under oavsett om vårdnadshavarna sammabor eller inte.

Mottaget och registrerat:
