



FOLK
TAND
VÅRDEN
SKÅNE

Uppsägning av Frisktandvårdsavtal

Härmed säger jag upp mitt avtal om Frisktandvård.

☐ Jag önskar att avtalet avslutas vid närmaste månadsskifte.

☐ Jag önskar att avtalet avslutas längre fram, nämligen:
Observera att avtal endast kan avslutas sista dagen i den månad du begär uppsägning.

Avtalsnummer eller personnummer (xxxxxx-xxxx):

Min klinik:

Återbetalning. Om du har betalat med årsfaktura och avtalet avslutas under pågående avtalsår, vänligen ange hur du önskar bli återbetald för resterande månader.

☐ Utbetalningsavi (uthämningsavgift tillkommer)

☐ Eget bankkonto. Ange bank, clearing- och kontonummer:
.....

Ort och datum

Kundens underskrift

Namnförtydligande

Uppsägningen skickas till:

Folktandvården Skåne AB
Frisktandvård
Sockerkokaregatan 15
222 36 Lund

När avtalet är avslutat får du en bekräftelse av din klinik.

Folktandvården Skåne AB

Huvudkontoret
Sockerkokaregatan 15, 222 36 Lund
Telefon: 0771-55 88 00

folktandvardenskane.se | Bankgiro: 505-5637 | Org. nr: 556936-0828 | VAT nr: SE556936082801

