

**ДО
ИЗПЪЛНИТЕЛНИЯ ДИРЕКТОР
НА АГЕНЦИЯТА ЗА КАЧЕСТВОТО
НА СОЦИАЛНИТЕ УСЛУГИ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

за прекратяване на лиценз за предоставяне на социална услуга

1. Заявител: _____ ЕИК/БУЛСТАТ _____

(наименование и правно-организационна форма на заявителя)

2. Адрес на заявителя:

2.1. Седалище и адрес на управление:

Област: _____

Област: _____

град/село: _____

пощ. код: _____

ж.к./бул.(ул.): _____

бл. _____ вх. _____ ет. _____ ап. _____

тел/факс: _____

e-mail: _____

2.2. Адрес за кореспонденция:

(попълва се, ако е различен от адреса на управление)

Област: _____

Община: _____

град/село: _____

пощ. код: _____

ж.к./бул.(ул.): _____

бл. _____ вх. _____ ет. _____ ап. _____

тел/факс: _____

e-mail: _____

3. Данни за лиценза:

(попълнете необходимата информация)

На основание чл. 157, ал. 1, т. 1 от Закона за социалните услуги желая да бъде прекратен лиценз

№ _____ от дата _____ за предоставяне на следната социална услуга:

(вид услуга)

(целева група)

Мотиви за прекратяването: _____

Прилагам: Лиценз № _____ от дата _____

4. Подпис/подписи на лицето (лицата) с представителна власт:

4.1 _____

(име, презиме и фамилия)

Дата: _____

Подпис : _____

4.2

(име, презиме и фамилия)

Дата: _____

Подпис : _____

Уникален номер на заявката:

Служи за уникално идентифициране на услугата при последващите действия по нейната обработка, заплащане и доставка (генерира се автоматично при избор на дата)

Версия 1

Дата на създаване 10.11.2021 г.

5. Данни на лице, упълномощено да подпише заявлението:

(попълва се в случаите, когато заявлението се подписва от пълномощник)

(име, презиме и фамилия)

Дата: _____

Подпис : _____

Приложено: нотариално заверено пълномощно № _____ / от дата _____