

Директору ГБУ СО КК
«Белореченский КЦСОН»
(наименование поставщика социальных услуг)

от _____
(ФИО получателя социальных услуг)

дата, месяц, год рождения _____

адрес проживания _____

контактный телефон _____

категория заявителя _____

ЗАЯВКА

на оказание дополнительных социальных услуг за плату

Прошу выполнить мне следующие виды услуг:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

С тарифами на дополнительные социальные услуги за плату, порядком оплаты и расчетом стоимости выполненных услуг ознакомлен (-а) _____.
(подпись)

Обязуюсь произвести оплату до _____.
(число, месяц год)

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» для включения в регистр получателей социальных услуг _____.
согласен / не согласен

Дата заполнения _____

Подпись заявителя _____