

ANMÄLAN OM UPPHÖRANDE ELLER AVBRYTANDE AV PRIVAT SOCIALSERVICE

Anmälan om att verksamheten upphör ska lämnas in till det kommunala organ som tagit emot anmälan om privat socialservice

Service- producent	Namn:	FO-nummer:
	Postadress:	Postnummer och ort:
	Telefonnummer :	E-post :

Anmälan om upphörande gäller	<input type="checkbox"/> Tillståndspliktig verksamhet <input type="checkbox"/> Anmälningspliktig verksamhet <input type="checkbox"/> Båda	
	Verksamhetsenheter, namn och OID-kod	
	Serviceproducentens verksamhet i sin helhet	
	Avsikten är att upphöra med verksamheten	Verksamheten ska avbrytas

Arkivering av klient- dokument	Utredning över förvaringen av klientdokument efter att verksamheten har avslutats
---	---

Närmare upplysningar ges av	Namn:	
	Telefonnummer:	E-post:

Bilagor	<input type="checkbox"/> Utlåtande av organet som ansvarar för socialvården i kommunen eller kommunalförbundet eller av organet utsedd tjänsteinnehavare.
----------------	---

Datum:	Underskrift:	Namnförtydligande:
--------	--------------	--------------------