Приложение N 1

к Порядку формирования и ведения реестра

поставщиков социальных услуг

в Ямало-Ненецком автономном округе

ЗАЯВЛЕНИЕ

поставщика социальных услуг для включения в реестр

поставщиков социальных услуг

в Ямало-Ненецком автономном округе

Прошу рассмотреть вопрос о включении в реестр поставщиков социальных услуг в Ямало-Ненецком автономном округе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации)

в соответствии с [Порядком](consultantplus://offline/ref=B0CE6656F160B915B981CC92DBB2D9B582BCC75B77AFD3FD0D8C4BD4B6EE519D1C7EDB0FFECFF3FCF383D3F02BE8D717969B1F302F04A2029B204E0CQDK) формирования и ведения реестра поставщиков социальных услуг в Ямало-Ненецком автономном округе.

Гарантируем, что наша организация не находится в состоянии ликвидации (банкротства).

Гарантируем сообщить в департамент социальной защиты населения Ямало-Ненецкого автономного округа о прекращении своей деятельности в течение 3 рабочих дней со дня ее прекращения.

Даем согласие на осуществление департаментом социальной защиты населения Ямало-Ненецкого автономного округа проверки достоверности и актуальности информации, содержащейся в представленных нами сведениях.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., подпись руководителя) (дата)