
(įstaigos / organizacijos pavadinimas)

(adresas, kodas, tel. Nr., el. paštas)

Švenčionių rajono savivaldybės administracijai

PARAIŠKA
INTEGRALIOS PAGALBOS TEIKIMO PROJEKTO PARTNERIŲ ATRANKAI

(data)

(vieta)

Teikiame paraišką Integralios pagalbos teikimo projekto partnerių atrankai.

Teikdami paraišką patvirtiname, kad įstaiga/organizacija:

1. Turi ne mažesnę nei 2 metų dienos socialinės globos ir slaugos paslaugų teikimo Švenčionių rajono savivaldybėje (toliau – Savivaldybė) patirtį _____.
(įrašoma taip arba ne)

2. Įgyvendinant projektą užtikrins jo atitiktį dienos socialinės globos ir slaugos paslaugų teikimo reikalavimams _____.
(įrašoma taip arba ne)

PRIDEDAMA:

1. Įstaigos/organizacijos steigimo dokumentų (įstatų/nuostatų) kopija, ____ lapai (-ų).
2. Laisvos formos pažyma, ____ lapai (-ų).
3. Licencijų dienos socialinės globos ir slaugos paslaugų teikimui kopijos, ____ lapai (-ų).
4. _____
5. _____
6. _____

(pareigos)

(parašas)

(vardas, pavardė)