ANMÄLAN OM AVBRYTANDE AV PRIVAT SOCIALSERVICE

1. Serviceproducent

|  |
| --- |
| Namn      |
| FO-nummer      |
| Postadress      |
| Postnummer      | Postort      |
| Telefonnummer      | E-postadress      |

2. Anmälan om avbrytande gäller

|  |
| --- |
| Verksamhetsenhet; namn och OID-kod      |
| Verksamheten avses avbrytas        /       20       |

3. Redogörelse över kontinuiteten i service för klienterna och arkiveringen av klienthandlingar

|  |
| --- |
| Redogörelse över hur servicen för klienterna och arkiveringen av klienthandlingarna har ordnats under avbrottet      |

4. Närmare upplysningar ges av

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn      | Förnamn      |
| Telefonnummer      |
| E-post      |

5. Underskrift

|  |
| --- |
| Ort och datum      |
| UnderskriftNamnförtydligande  |

Blanketten undertecknas och skickas:

|  |
| --- |
| *Per post till adressen:*Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården ValviraPB 4300521 Helsingfors*ELLER per e-post till:*kirjaamo@valvira.fi |