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 |
| Underskrift  Namnförtydligande |

Blanketten undertecknas och skickas:

|  |
| --- |
| *Per post till adressen:*  Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira  PB 43  00521 Helsingfors  *ELLER per e-post till:*  [kirjaamo@valvira.fi](mailto:kirjaamo@valvira.fi) |