

ИМЯ и ФАМИЛИЯ
Адрес
Номер телефона
Адрес электронной почты

Департаменту социального страхования

Дата

ЗАЯВЛЕНИЕ

(Название учреждения)...желает расторгнуть договор № ... о перенятии государством обязательства оплачивать плату за услугу реабилитации, заключенный с Департаментом социального страхования, начиная с

Мы подтверждаем, что клиенты, находящиеся на обслуживании, уведомлены о прекращении деятельности учреждения, что в Департамент социального страхования представлены документы о прекращении услуги (окончательный расчет и часть D), и что услуга лицам больше не оказывается.

С уважением,

(подпись)

Имя и фамилия