

Директору ГБУ СО КК  
«Анапский КЦСОН»  
И.М. Кайгородовой  
от

\_\_\_\_\_ (ФИО получателя социальных услуг)

дата, месяц, год рождения

\_\_\_\_\_ адрес проживания

\_\_\_\_\_ контактный телефон

\_\_\_\_\_ категория заявителя

### **ЗАЯВКА**

#### **на оказание дополнительных социальных услуг за плату**

Прошу выполнить мне следующие виды услуг:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

С тарифами на дополнительные социальные услуги за плату, порядком оплаты и расчетом стоимости выполненных услуг ознакомлен (а) \_\_\_\_\_

(подпись)

Обязуюсь произвести оплату до \_\_\_\_\_  
(число, месяц год)

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» для включения в регистр получателей социальных услуг \_\_\_\_\_

согласен/не согласен

Дата заполнения \_\_\_\_\_ Подпись заявителя \_\_\_\_\_