Molėtų rajono savivaldybės integralios pagalbos teikimo

projekto partnerių atrankos

tvarkos aprašo

priedas

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(įstaigos / organizacijos pavadinimas)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Molėtų rajono savivaldybės administracijai

Vilniaus g. 44, Molėtai

**PARAIŠKA**

**DALYVAUTI INTEGRALIOS PAGALBOS TEIKIMO PROJEKTO PARTNERIŲ ATRANKOJE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(vieta)

Teikiame paraišką Integralios pagalbos teikimo projekto partnerių atrankai.

Patvirtiname, kad įstaiga / organizacija:

1. Turi ne mažesnę nei 2 metų dienos socialinės globos ir slaugos paslaugų teikimo Molėtų rajono savivaldybėje patirtį.

2. Įgyvendinant projektą užtikrins jo atitiktį dienos socialinės globos ir slaugos paslaugų teikimo reikalavimams.

PRIDEDAMA:

1. Įstaigos / organizacijos steigimo dokumentų (įstatų / nuostatų) kopija, \_\_\_ lapai (-ų).

2. Laisvos formos pažyma, \_\_\_ lapai (-ų).

3. Dienos socialinės globos paslaugų teikimui reikalingos licenzijos kopija \_\_\_lapai (-ų).

4. Slaugos paslaugų teikimui reikalingos licenzijos kopija \_\_\_\_lapai (-ų).

5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(pareigos) (parašas) (vardas, pavardė)