Máme záujem stať sa členmi Asociácie poskytovateľov sociálnych služieb v SR a zasielame vám naše údaje:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oficiálny názov organizácie:**   |  |   |
| **Adresa, PSČ, okres, kraj:**  |  |    |
|  **IČO:**   | **Webová adresa:**   |
| Poskytovateľ sociálnych služieb (nehodiace sa škrtnúť):  |  | Neverejný poskytovateľ Verejný poskytovateľ  |
| Druh služieb (podľa §12 zákona 448/2008):  |  |   |
| Forma služieb (podľa §13 zákona 448/2008):  |  |   |
| Typ zariadenia (viď 3.-4.-5. hlava zákona 448/2008, uveďte § vášho zariadenia):  |  |   |
| Záujem o druh členstva: (nehodiace škrtnúť)  |  | Riadne členstvo Pridružené členstvo |
| **Vedúci pracovníci:**  |  |   |
| Meno a priezvisko, tituly:  |  | funkcia:  | e-mailová adresa:  | telefón, fax:  |
|  |  |  |  |  |

V  dňa

Podpis štatutárneho zástupcu organizácie