

Директору Государственного бюджетного  
учреждения города Москвы  
Дом социального обслуживания «Вешняки»  
ДТСЗН города Москвы  
А.Н.Яковлеву

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Дата рождения \_\_\_\_\_ г.р.  
Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
Выдан: \_\_\_\_\_,  
(кем и когда выдан)

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. представителя, наименование государственного  
органа представляющих интересы гражданина)

реквизиты документа подтверждающего полномочия  
представителя

(реквизиты документа, подтверждающего личность представителя, адрес  
места жительства, адрес нахождения государственного органа, телефон)

### ЗАЯВЛЕНИЕ:

Прошу Вас расторгнуть Договор о предоставлении платных стационарных социальных услуг в Государственном бюджетном учреждении города Москвы Дом социального обслуживания «Вешняки» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_/\_\_\_ на предоставление мне стационарных социальных услуг на платной основе \_\_\_\_\_ июля 20\_\_\_\_\_ года по соглашению Сторон.

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_