

MEGHATALMAZÁS VISSZAVONÁSA

Alulírott,

Név: _____

Beosztás: _____

Fenntartó neve: _____

Fenntartó címe: _____

Fenntartó adószáma: _____

a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények és hálózatok hatósági nyilvántartásáról és ellenőrzéséről szóló 369/2013. (X. 24.) Korm. rendelet szerinti eljárásokra

Név: _____

Születési név: _____

Születési hely, idő: _____

Anyja születési neve: _____

E-mail cím: _____

Telefonszám: _____

számára kiadott meghatalmazást visszavonom.

_____, _____ év, _____ hónap, _____ nap

fenntartó képviselője (aláírás, bélyegző)