MGOPS.271.1.2021

Zał. nr 10 do SWZ

KARTA POTWIERDZAJĄCA SKORZYSTANIE Z USŁUGI ASYSTENCKIEJ

”Skępe otwarte na osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i niepełnosprawne”

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu	**Imię i nazwisko Asystenta**
Adres Uczestnika Projektu	**Miesiąc, rok**

Data usługi	**Czas pracy od - do**	**Liczba godzin**	**Podpis Uczestnika Projektu**

RAZEM LICZBA GODZIN ZREALIZOWANYCH USŁUG			

ASYSTENCKICH:	
Podpis Asystenta	

*Zatwierdzam wykonanie usług asystenckich w miesiącu (MM/RRRR):*_____

Podpis

_____