MGOPS.271.2.2021

Zał. nr 11 do SWZ

DZIENNIK CZYNNOŚCI ASYSTENCKICH

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

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu	
Imię i nazwisko Opiekuna	

L.p.	Data świadczenia usługi	Godz. od - do	Liczba godzin	Zakres świadczonej usługi	Uwagi	Podpis opiekuna