Fundusze Europejskie Program Regionalny | Województwo Kujawsko-Pomorskie | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Znak sprawy: MGOPS.271.1.2022

Załącznik nr 7 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
_____