MGOPS.271.1.2021

Zał. nr 8 do SWZ

KARTA POTWIERDZAJĄCA SKORZYSTANIE Z USŁUGI OPIEKUŃCZEJ

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

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu	Imię i nazwisko Opiekuna/Opiekunki
Adres Uczestnika Projektu	**Miesiąc, rok**

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

RAZEM LICZBA GODZIN ZREALIZOWANYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH:			
Podpis Opiekuna/Opiekunki			

Zatwierdzam wykonanie usług opiekuńczych w miesiącu (MM/RRRR) _____

Podpis

_____