MGOPS.271.2.2021

Zał. nr 9do SWZ

DZIENNIK CZYNNOŚCI OPIEKUŃCZYCH

”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**