

ZAŁĄCZNIK nr 4
do zapytania ofertowego
z dnia 22.12.2022 r.

..... Nazwa i adres Wykonawcy

Imię i nazwisko, adres osoby objętej specjalistycznymi usługami opiekuńczymi
Wymiar godzin realizowanych specjalistycznych usług w danym miesiącu

KARTA REALIZACJI SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH NA TERENIE GMINY KOSTRZYN

Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone przez opiekuna (podać imię i nazwisko)
Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w (podać miesiąc i rok)

Data usługi	Godziny wizyt od... do.....	Ilość godzin	Podpis usługobiorcy

.....
(podpis Wykonawcy lub podpis osoby uprawnionej)