ZAŁĄCZNIK nr 4
do zapytania ofertowego
z dnia 14.12.2023r.

..... 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)