**.......................................** Załącznik Nr 2 do

 Szczegółowych warunków konkursu

 **pieczęć**

L.dz. ...........

**SPRAWOZDANIE DOTYCZĄCE KOSZTÓW REALIZACJI USŁUG OPIEKUŃCZYCH ZA**

 **M-C………………2019 ORAZ NARASTAJACO OD M-CA ……………………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wyszczególnienie**  | **Ilość podopie-cznych** | **DNI ROBOCZE**  | DNI ŚWIĄTECZNE I WOLNE OD PRACY | **Koszt usług** **Ogółem**  | **Odpłatność od świadcze-niobiorcy** | **Faktyczny koszt usług** | **Uwagi**  |
| **Liczba godzin** | Koszt **1 godz.** | **Koszt** **w PLN** | **Liczba godzin** | **Koszt** **1 godz.** | **Koszt** **w PLN** |
|  |  |  |  |  | 1. (3x4)
 |  |  | 1. (6x7)
 | 1. (5+8)
 |  | 1. (9-10)
 |  |
| I | Dane za m-c sprawozdawczy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II | Dane narastająco \*)1  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Sporządził (podpis) Sprawdził Zatwierdził**

 **........................................... ........................................... ...........................................**

**data: ..................................**

**\*1 sumowaniu podlega ilość podopiecznych nowoprzyjętych w danym miesiącu**