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