Załącznik Nr 3 do

Szczegółowych warunków konkursu

L.dz……………..

Olsztyn dnia…………………………….

**ROZLICZENIE**

dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Olsztynie za wykonanie usług opiekuńczych w okresie od …….………….………. do……………………. dzień/miesiąc/rok dzień/miesiąc/rok

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię, nazwisko i adres podopiecznego** | **Liczba godzin usług w miesiącu przyznanych decyzją administracyjną** | **Liczba godzin usług przepracowanych w miesiącu**  | **Ilość łącznie przepracowanych godzin** | **Stawka za godzinę** | **Przypis należności** | **Rozliczenie odpłatności** |
|  |  | **Dni robocze** | **Dnia wolne i świąteczne** | **Za dany miesiąc** | **Zaległości (wskazać miesiąc)** | **Kwota wpłacona** | **Różnica** |  |
| **Dni robocze** | **Dni wolne i świąteczne** |
| **nadpłata** | **niedopłata** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**……………….……………………………..……………….**

 Podpis osoby upoważnionej przez Wykonawcę