Załącznik Nr 4 do

 Szczegółowych warunków konkursu

…………………………………………… Olsztyn dnia……………

 Pieczęć Wykonawcy

Wykaz osób, u których nie były świadczone usługi opiekuńcze w miesiącu………………………………………2019 r.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Data, ilość godzin** | **Przyczyny nie wykonania usług**  |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |
| 11. |  |  |  |
| 12. |  |  |  |
| 13. |  |  |  |
| 14. |  |  |  |

*\*wiersze można dodawać w miarę potrzeb*

**……………….……………………………..……………….**

Podpis osoby upoważnionej przez Wykonawcę