Załącznik Nr 5 do

Szczegółowych warunków konkursu

……………………………………… …………………………………..

Pieczęć Wykonawcy Wzór podpisu usługobiorcy

**…………………………………………………………………………………………**

Imię i nazwisko , adres osoby objętej usługami opiekuńczymi

**…………………………………………………………………………………….**

Wymiar godzin usług dziennie, tygodniowo.

**KARTA REALIZACJI USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

świadczonych przez.............................................w miesiącu……2019 r.

imię i nazwisko opiekunki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data usługi** | **Godziny wizyt**  **od …..do….** | **Ilość godzin** | **Podpis usługobiorcy lub członka rodziny** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data usługi** | **Godziny wizyt**  **od …..do….** | **Ilość godzin** | **Podpis usługobiorcy lub członka rodziny** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Ilość godzin miesięcznie…………………..**

**……………………… .. ...…………………………………………..**

**Podpis opiekunki Podpis osoby upoważnionej przez Wykonawcę**