Załącznik nr 13 do swz/umowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **USŁUGI OPIEKUŃCZE/SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE/SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI –**  **ROZLICZENIE ZA MIESIĄC……………………….. 2025R. DO FAKTURY NR………………………………** | | | | | | | | | | |
| Lp. | IMIĘ I NAZWISKO PODOPIECZNEGO | ILOŚĆ GODZIN | | ODPŁATNOŚĆ KLIENTA ZA UDZIELONĄ GODZINĘ | | ODPŁATNOŚĆ 100% | | NALEŻNOŚĆ PONOSZONA PRZEZ PODOPIECZNYCH | NALEŻNOŚĆ PONOSZONA PRZEZ MOPS | RAZEM |
| ROBOCZE | ŚWIĘTA | ROBOCZE | ŚWIĘTA | ROBOCZE | ŚWIĘTA |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |