Załącznik nr 3 do swz/umowy

**Wzór Dziennika klienta**

**I strona zawiera:**

Imię i nazwisko klienta:

Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi:

Dzienna ilość godzin przyznanych usług zgodnie z decyzją administracyjną wydaną przez Dyrektora MOPS w Mysłowicach (z rozbiciem na dni powszednie i święta):

**Kolejne strony zawierają:**

Kolejne strony są prowadzone wg. przykładu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby świadczącej usługę** | **Data i godziny**  **w jakich była świadczona usługa** | **Rodzaj świadczonych usług**  (opis wykonywanych czynności) | **Podpis klienta** |
|  | 1.10.2025  od godz.: 12:00  do godz. 14:00 | Np.: pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych |  |