|  |
| --- |
| **Centrum Usług Społecznych**  **ul. Żagańska 6**  **67-300 Szprotawa** |

*Załącznik nr 3 do umowy*

**KARTA REALIZACJI USŁUG**

**OPIEKUŃCZYCH**

**W MIESIĄCU ….................................**

…..................................................................................................................................................

/imię i nazwisko osoby objętej usługami/

…...................................................................................................................................................

/adres osoby objętej usługami/

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data usługi | Godziny  od - do | Liczba godzin | Zakres wykonanej usługi | Podpis usługobiorcy | Czytelny podpis osoby wykonującej usługę |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |

Potwierdzam zgodność realizacji usługi ze zleceniem usług Potwierdzam wykonanie usługi zgodnie z liczbą dni i godzin wymienionych w karcie realizacji usług

….............................................… …...............................................................

data, pieczęć, podpis osoby upoważnionej data, pieczęć, podpis Wykonawcy umowy

ze strony Zleceniodawcy umowy