

Oznaczenie świadczeniodawcy		KARTA ZLECENIA CZYNNOŚCI OPIEKUŃCZYCH		MIESIĄC ŚWIADCZENIA USŁUG	
Imię i nazwisko klienta					
Adres zamieszkania					
PN	WT	ŚR	CZW	PT	
		Ilość godzin dziennie		Godz. od do	
Soboty		Ilość godzin dziennie		Godz. od do	
Niedziele		Ilość godzin dziennie		Godz. od do	
ŚWIĘTA *w przypadku gdy liczba godzin jest inna niż w dni powszednie		Ilość godzin dziennie		Godz. od do	
Imię i nazwisko opiekuna/opiekunki					
Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Podpis klienta	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Podpis klienta
1			17		
2			18		
3			19		
4			20		
5			21		
6			22		
7			23		
8			24		
9			25		
10			26		
11			27		
12			28		
13			29		
14			30		
15			31		
16					
SUMA WSZYSTKICH GODZIN					
Kartę wizyt zatwierdził/a					

	Powód nieświadczenia usług	Podpis
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		