**Załącznik nr 2 A do SWZ**

**KARTA EWIDENCJI CZASU PRACY**

**OSOBY WYKONUJĄCEJ SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE**

**Imię i nazwisko podopiecznego:** ........................................................................................................

**Miejsce wykonywania specjalistycznych usług:** ...............................................................................

**Imię i nazwisko terapeuty:** .................................................................................................................

**Miejsce zamieszkania terapeuty:** .......................................................................................................

**Miesiąc i rok wykonywania usług:** ....................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Czas pracy**  **od-do** | **Ilość czasu pracy**  **(godzin i minut)** | **Podpis podopiecznego lub opiekuna prawnego** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

.................................................................

/podpis terapeuty/