Załącznik nr 4 do SOPZ

………………………

(pieczęć Wykonawcy)

**Zestawienie ilości zrealizowanych godzin specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miesiącu …………………………… 2026 roku.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię świadczeniobiorców** | **Adres zamieszkania świadczeniobiorców** | **Ilość godzin zrealizo-wanych** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Data ……................................................

**……………………………………………**

(pieczątka i podpis osoby reprezentującej Wykonawcę)