

.....  
pieczęć realizatora usług

**FORMULARZ WYKONANIA SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI**  
w miesiącu ..... 20.... r

lp	nazwisko i imię osoby objętej usługami	Adres osoby objętej usługami	Godziny zlecone			Godziny wykonane			stawka godzinowa	koszt całkowity (kol.9x10)	% odpłatności	Kwota należna od osoby objętej usługami (kol.11X12)
			robocze	wolne	razem (kol.4+5)	robocze	wolne	razem (kol.7+8)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.			0	0	0	0	0	0		0,00	0%	0,00
2.			0	0	0	0	0	0		0,00	0%	0,00
3.			0	0	0	0	0	0		0,00	0%	0,00
...			0	0	0	0	0	0		0,00	0%	0,00
RAZEM			0	0	0	0	0	0	0	0	XX	0,00

Wystawił: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Podpis zatwierdzającego: \_\_\_\_\_