

Nazwa Wykonawcy:

**KARTA REALIZACJI USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

imię i nazwisko odbiorcy usług:

imię i nazwisko opiekuna:

usługi przyznane w wymiarze:

odpłatność za 1 godz. usługi:

miesiąc/rok:

Dzień m-ca	Czas pracy		zakres wykonanej pracy	podpis odbiorcy usług
	od godz.	do godz.		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Liczba godz. w m-cu ..... X odpł. za 1 godz. (robocze)+ liczba godz. w m-cu .....x odpł. za 1 godz. (dni wolne) = ..... (kwota do zapłaty)

.....

Podpis osoby wykonującej usługi

Dzień m-ca	Czas pracy		zakres wykonanej pracy	podpis odbiorcy usług
	od godz.	do godz.		
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

.....  
Potwierdzenie pracownika OPS