Załącznik Nr 2 do ogłoszenia nr BOP.10.2023

Prezydenta Miasta Ełku z dnia 22 listopada 2023 r.

Ełk, dnia ………………………….

………………………………………….

(pieczęć zleceniobiorcy)

**ROZLICZENIE**

z wykonania specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w tym osób,
u których nie były świadczone usługi

w okresie od ………………………..…… do ……………………………..

 dzień/miesiąc/rok dzień/miesiąc/rok

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię, nazwisko i adres osoby objętej usługą | Liczba godzin usług w miesiącu przyznanych decyzją administracyjną | Liczba godzin usług przepracowanych w miesiącu | Ilość łącznie przepracowanych godzin | Stawka za godzinę | Przyczyny niewykonania usług |
| Dni robocze | Dni wolne i świąteczne | Dni robocze | Dni wolne i świąteczne |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

……………………………………………………….

podpis osoby upoważnionej przez zleceniobiorcę