Załącznik Nr 3 do ogłoszenia nr BOP.10.2023

Prezydenta Miasta Ełku z dnia 22 listopada 2023 r.

Ełk, dnia ………………………….

……………………………

(pieczęć zleceniobiorcy)

…………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko, adres osoby objętej usługami)

………………………………………………………………………….

(wymiar godzin usług dziennie, tygodniowo)

**KARTA REALIZACJI SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH
DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI**

świadczonych przez ……………………………………………………… w miesiącu …………………2023 r.

 (imię i nazwisko osoby świadczącej usługę)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data usługi | Godziny wizyt od .....do.... | Ilość godzin | Podpis usługobiorcy lub członka rodziny lub opiekuna prawnego | uwagi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Ilość godzin miesięcznie …………………..

…………………………………………………………………..

podpis osoby świadczącej usługę

………………………………………………………………….

podpis osoby upoważnionej przez zleceniobiorcę