

..... dnia

Protokół nr
z przeprowadzonej kontroli
w ramach realizacji zadania pn.
„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami
psychicznymi na terenie gminy Cieszyn”

Zgodnie z zapisami pkt. 10 ppkt. 8 lit. h) Opisu przedmiotu zamówienia stanowiącego załącznik do umowy nr MOPS.1141...2016 z dnia.....r. , w dniu roku, o godz. przeprowadzono bieżącą kontrolę jakości, terminowości i zakresu wykonywanych specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Imię, nazwisko i stanowisko osoby przeprowadzającej kontrolę :

Imię i nazwisko osoby wykonującej usługi:

Imię i nazwisko Świadczeniobiorcy:

W wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych stwierdzono, że usługi świadczone są zgodnie/niezgodnie z Listą osób uczestniczących w wykonywaniu usług nr z dnia r.

Uwagi dotyczące realizacji usług:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(podpis osoby wykonującej świadczenia)

.....
(podpis osoby przeprowadzającej kontrolę)