

**Pieczęć wykonawcy**

**Zbiornice zestawienie wykonanych usług  
w ramach realizacji zadania**

**„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie gminy Cieszyń”**

Świadczonych przez .....  
w miesiącu ..... 201.. r.  
na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

| Lp. | Imię i nazwisko Świadczeniobiorcy | Liczba godzin świadczonych usług |                         | Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi | Uwagi |
|-----|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|--|-------|
|     |                                   | Wg listy zleceń                  | Rzeczywiście wykonanych |  |       |
| 1   | 2                                 | 3                                | 4                       | 5  | 6     |
|     |                                   |                                  |                         |  |       |
|     |                                   |                                  |                         |  |       |
|     |                                   |                                  |                         |  |       |
|     |                                   |                                  |                         |  |       |
|     |                                   |                                  |                         |  |       |
|     |                                   |                                  |                         |  |       |
|     |                                   |                                  |                         |  |       |
|     |                                   |                                  |                         |  |       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

....., dnia .....

.....  
*Podpis osoby upoważnionej*