

..... 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 060...2019 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)