

ZESTAWIENIE GODZIN ŚWIADCZONYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH

za miesiąc

Lp.	Imię i Nazwisko podopiecznego, na rzecz którego świadczone usługi	ilość godzin w miesiącu	odpłatność podopiecznego	odpłatność GOPS	Razem koszt godziny	Podpis pracownika
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
	RAZEM:					

Sporządził

dnia