

MIESIĘCZNE ROZLICZENIE REALIZACJI USŁUG

Nazwisko i imię opiekunki:.....

Miesiąc:

Lp	Nazwisko, imię i adres osoby korzystającej z usług opiekuńczych	Liczba zrealizowanych godzin
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
	Suma:	

Uwagi:
..........
podpis opiekunki.....
podpis pracownika MOPS

Zatwierdzona kwota z tytułu realizacji usług

.....

podpis pracownika Działu Księgowości