

**MIESIĘCZNE ROZLICZENIE REALIZACJI USŁUG**

Nazwisko i imię opiekunki:.....

Miesiąc: .....

<b>Lp</b>	<b>Nazwisko, imię i adres osoby korzystającej z usług opiekuńczych</b>	<b>Liczba zrealizowanych godzin</b>
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