



MGOPS  
w Czersku

Załącznik nr 6  
do Warunków Zamówienia na Usługi Społeczne  
Znak sprawy: ZP.271.8.2020

(wzór)

**KARTA PRACY**

ZA MIESIĄC.....ROK.....

Imię i nazwisko opiekunki(na).....

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres świadczeniobiorcy.....

Dzień m-ca	Opieka w godz.	Liczba godzin	Podpis klienta	Dzień m-ca	Opieka godz.	Liczba godzin	Podpis klienta
1				17			
2				18			
3				19			
4				20			
5				21			
6				22			
7				23			
8				24			
9				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16				<b>RAZEM:</b>			

**UWAGI:**

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
data i podpis opiekunki(na)

.....  
data i podpis świadczeniobiorcy

**MIEJSKO – GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W CZERSKU**

89 – 650 Czersk ul. Przytorowa 22

tel. / fax: (052) 398 47 65

[www.mgopsczersk.pl](http://www.mgopsczersk.pl)    [sekretariat@mgopsczersk.pl](mailto:sekretariat@mgopsczersk.pl)