



MGOPS
w Czersku

Załącznik nr 6
do Warunków Zamówienia na Usługi Społeczne
Znak sprawy: ZP.271.7.2020

(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				RAZEM:			

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 sekretariat@mgopsczersk.pl