

.....
Oznaczenie Zleceniodawcy

Zlecenie świadczenia usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi*
na miesiąc 2025 r.

Lp.	Nazwisko i imię osoby objętej usługami	Adres osoby objętej usługami	Liczba dni w miesiącu		Liczba zleconych godzin		
			robocze	wolne	w dni robocze	w dni wolne	RAZEM
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							
4							
5							
RAZEM:							

Sporządził:

.....
podpis osoby upoważnionej

*niepotrzebne skreślić