|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię podopiecznego**-1-** | Adres podopiecznego**-2-** | Ilość usługw miesiącu**-3-** | Godziny świadczenia usług**-4-** | Wstrzymania realizacji usług(od-do)**-5-** | Wznowienia realizacji usług**-6-** | Powód zmiany,wstrzymania,wznowienia**-7-** |
| pn | wt | śr | czw | pt | so | nd |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ZMIANA od…………. do…………. |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Załącznik nr 7 do umowy

 Nr ZP.322……..2020

Harmonogram