Załącznik nr 4 do umowy

 Nr ZP.322……..2020

**Karta Pracy**

**potwierdzająca wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych pielęgnacyjnych**

**w dniach od …………. do ……………. r.**

Nazwisko i imię klienta :

Adres : Gliwice, ul.

Imię nazwisko opiekuna :

Nr decyzji administracyjnej :

Liczba godzin usług przyznanych decyzja/ wymiar godzin :

Koszt godziny usługi:  zł.

Odpłatność: % kwota: zł/godz.

Orientacyjny rozkład godzin w tygodniu

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Godziny** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Godzina | Wykonywane czynności (podać kod usługi) | Podpis opiekuna |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Suma godzin miesięcznego wykonania: |

|  |
| --- |
| Uwagi: |

Podpis koordynatora nadzorującego prace opiekunki:

………………………………………………………