KARTA CZASU REALIZACJI
SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Osoba, na rzecz której świadczone są usługi …….. zam. …….

Opiekun: ……

Zleceniobiorca – osoba świadcząca usługi: …… miesiąc …….

Dzień miesiąca	**Czas pracy od godziny do godziny**	**Liczba godzin/minut**	**Podpis Opiekuna**	**Podpis Zleceniobiorcy**	**Podpis Zleceniodawcy (OPS)**
	Razem godzin				

Potwierdzam wykonanie usługi: ……

Podpis Kierownika GOPS: ……..