

KARTA CZASU PRACY TERAPEUTY DS. UZALEŻNIEŃ
NA MIESIĄC/ROK:

LP.	DATA	GODZINY PRACY	ILOŚĆ GODZIN PRZEPRACOWANYCH W CIAGU DNIA	MIEJSCE	PODPIS OSOBY KORZYSTAJĄCEJ Z USŁUGI TERAPEUTY DS. UZALEŻNIEŃ

Podpis Wykonawcy usług:

Podpis Kierownika GOPS: