

### KARTY REALIZACJI USŁUG

|                                        |                                |
|----------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Imię i nazwisko klienta:</b>        |                                |
| <b>Imię i nazwisko wykonawcy:</b>      |                                |
| <b>Rodzaj usługi (proszę wskazać):</b> | <b>ASYSTENCKA / OPIEKUŃCZA</b> |

| Lp | Data | Godziny |    |                  | Opis usług | Podpis klienta /<br>opiekuna prawnego /<br>faktycznego* |
|----|------|---------|----|------------------|------------|---------------------------------------------------------|
|    |      | od      | do | Liczba<br>godzin |            |                                                         |
| 1. |      |         |    |                  |            |                                                         |
| 2. |      |         |    |                  |            |                                                         |
| 3. |      |         |    |                  |            |                                                         |
| 4. |      |         |    |                  |            |                                                         |
| 5. |      |         |    |                  |            |                                                         |



|     |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| 6.  |  |  |  |  |  |  |
| 7.  |  |  |  |  |  |  |
| 8.  |  |  |  |  |  |  |
| 9.  |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |  |

**\* Podpis klienta / opiekuna stanowi potwierdzenie prawidłowego wykonania usług ze wskazanym terminie**

Potwierdzam zgodność treści karty ze stanem faktycznym. Łączna liczba zrealizowanych godzin w okresie rozliczeniowym wynosi: .....

.....  
data

.....  
podpis osoby wykonującej usługi