**Załącznik nr 2 do umowy nr …/2022**

**KARTA WYKONANIA USŁUGI nr …/2022**

wykonanej przez ………………………….. dla **Województwa Wielkopolskiego – Regionalnego
Ośrodka Polityki Społecznej w Poznaniu ul. Nowowiejskiego 11 61-731 Poznań** - zgodnie
z zamówieniem ……………………………………….

Poświadcza się wykonanie diagnozy FAS dla Uczestnika:

Nazwisko i imię, adres zamieszkania

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj usługi i numer zlecenia Zamawiającego | Termin wykonania/liczba godzin | Miejsce wykonania | Podpis i data Wykonawcy | Podpis i data Zamawiającego | Uwagi |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3.  |  |  |  |  |  |  |

Wykonane usługi w pkt ……….. przyjmuje się bez zastrzeżeń\*) / stwierdza się zastrzeżenia\*)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wykonane usługi w pkt ……….. przyjmuje się bez zastrzeżeń\*) / stwierdza się zastrzeżenia\*)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wykonane usługi w pkt ……….. przyjmuje się bez zastrzeżeń\*) / stwierdza się zastrzeżenia\*)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Uwagi, zalecenia Wykonawcy/Zamawiającego:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dopuszcza się zastosowanie załączników do niniejszej karty