**Załącznik nr 2 do umowy nr …/2023**

**KARTA WYKONANIA USŁUGI nr … /2023**

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

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