***Załącznik nr 2 do umowy nr ………………………….***

***z dnia ……………………...***



**Zbiorcze zestawienie wykonanych usług opiekuńczych   
w m-cu ………………… r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko Podopiecznego** | **Wymiar godzin** | **Ilość godzin wypracowanych w danym miesiącu** | **Stawka za 1 godzinę usług opiekuńczych** | **Pełna odpłatność /ilość godzin wypracowanych x stawka za 1 godzinę** | **Kwota odpłatności Podopiecznego** | **Odpłatność Podopiecznego za dany miesiąc** | **Uwagi**  **/np. powód nieświadczenia usług opiekuńczych w pełnym zakresie/** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

………………………………………………………………

Pieczęć i Podpis   
 koordynatora usług opiekuńczych