Nr sprawy: OPS.271.5.2024

Załącznik nr 8 do SWZ

Protokół wykonania usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością dla Ośrodka Pomocy Społecznej w Bobrownikach

za miesiąc ……..…….. 2025 roku

Lp.	Imię i nazwisko świadczeniobiorcy	Adres zamieszkania	Ilość zrealizowanych godzin	Stawka godzinowa	Pełen koszt usługi	Imię i nazwisko opiekuna
Łącznie						