

KARTA PRACY ZA MIESIĄC

z wykonania usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych
u Pani/Pana

zam.

w terminie od do

Imię i nazwisko wykonawcy usług

Lp.	Data	Ilość godzin	Data	Ilość godzin	Podpis chorego/opiekuna prawnego lub osoby upoważnionej
	Dni Powszednie		Niedziele i święta		
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
Suma godzin					