

**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	Godziny realizacji od..... do.....	Ilość godzin	Data	Godziny realizacji od..... do.....	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.							
<b>Suma godzin</b>							