ZESTAWIENIE ZBIORCZE ZA MIESIĄC ..... 2024 r.

Nazwisko i imię usługobiorcy	Łączna ilość godzin
Razem godzin :	

podpis opiekunki/

załącznik nr 2 do Specyfikacji

KONTROLKA PRACY OPIEKUNKI DOMOWEJ Pani: .

miesiąc:. 2024 r.

Dz. m-ca	Nazwisko i imię usługobiorcy	Czas rac		Podpis usługobiorcy	Uwagi
		od-do godz.	godz.		
1					
2					
3					
4					
5					
6					