Załącznik nr 2 do Specyfikacji

KONTROLKA PRACY OPIEKUNKI DOMOWEJ

Pani: **……**

miesiąc: ……2019 r.

Dz. m-ca	Nazwisko i imię usługobiorcy	Czas pracy		Podpis usługobiorcy	Uwagi
		od-do godz.	ilość godz.		
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Razem w miesiącu …… godz.Stwierdzam wykonanie powyższych usług

ZESTAWIENIE ZBIORCZE ZA MIESIĄC ….. 2019 r.

Nazwisko i imię usługobiorcy	Łączna ilość godzin
Razem godzin :	

…….
/podpis opiekunki/