Zał. nr 10 do SIWZ

Znak:OPS-RPOWZ.50.1.2020

**KARTA POTWIERDZAJĄCA SKORZYSTANIE Z USŁUGI ASYSTENCKIEJ**

**„ Pyrzyce dla potrzebujących”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Uczestnika Projektu** | **Imię i nazwisko Asystenta** |
|  |  |
| **Adres Uczestnika Projektu** | **Miesiąc, rok** |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data usługi** | **Czas pracy od - do** | **Liczba godzin** | **Podpis Uczestnika Projektu** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| RAZEM LICZBA GODZIN ZREALIZOWANYCH USŁUG ASYSTENCKICH: |  |  |
| Podpis Asystenta |  |  |

*Zatwierdzam wykonanie usług asystenckich w miesiącu (MM/RRRR): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 Podpis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_