

.....  
(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**Imienny wykaz godzin i rodzaju zajęć terapeutycznych świadczonych w danym miesiącu**

Dot.: .....  
(imię i nazwisko podopiecznego)

Lp	Rodzaj zajęć terapeutycznych	Ilość godzin	Odpłatność za 1 godzinę zgodnie z umową	Odpłatność świadczeniobiorcy
1.				
2.				
3.				
4.				

Dnia .....

.....  
/podpis/y, pieczętki osoby/osób upoważnionych/