

Nr sprawy MOPS-DFK.2318.3.2021

Załącznik nr 7 do SWZ

.....  
(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**Wykaz godzin i odpłatności za specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w danym miesiącu**

Lp	Nazwisko, Imię oraz adres Podopiecznego	Odpłatność za 1 godzinę opieki	Ilość godzin w dni robocze	Ilość godzin w dni wolne od pracy	Odpłatność płatna przelewem na konto MOPS
1.					
2.					
3.					
4.					

Dnia .....

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