KARTA USŁUG ASYSTENCKICH

**IMIĘ I NAZWISKO ASYSTENTA** ……..……………………………………………………………………

**IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA PROJEKTU** ……………………………………………………….

**MIESIĄC** …………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **GODZINY****(OD.. DO..)** | **LICZBA GODZIN** | **ZAKRES USŁUG****(OPIS REALIZOWANYCH ZADAŃ)** | **POTWIERDZENIE REALIZACJI USŁUGI** |
| **POBRANO OPŁATĘ ZA WYKONANIE USŁUGI W GOTÓWCEW KWOCIE:** | **PODPIS ASYSTENTA** | **PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU (LUB OPIEKUNA PRAWNEGO)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Razem ilość godzin w miesiącu:……………………..………..  Razem pobrane opłaty w miesiącu: ……………………..…. podpis AOON …………………………..