**MIESIĘCZNA KARTA REALIZACJI USŁUG ASYSTENCKICH
ZA MIESIĄC……………………………………………**

**AON…………..…………………………………………………………… ON…………………………………..……………………………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **DATA** | **GODZ. (od - do)** | **GODZŁĄCZNIE** | **ZAKRES USŁUGI (OPIS)** | **KWOTA NALEŻNA** | **PODPIS ON** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Razem kwota należna…………………………………Razem ilość godzin:………………………… data…………………………podpis AON ……………………………………

Razem pobrane opłaty…………………………………………….. data ……………………….podpis ………………………………