



Uczestnik Programu - **Pan/i**
 Miejsce realizacji usługi: **ul.**, **__-__**
 Osoba realizująca usługę: **nr AOOZN/26/**.....

Planowana liczba godzin usługi:, zrealizowano:, pozostało:

Możliwe są odstępstwa od w/w terminów, w szczególności w przypadkach nieobecności w pracy, choroby, zdarzeń losowych, itp.
Koniecznym pozostaje uprzednie, telefoniczne poinformowanie Realizatora

(kontakt - pracownik, tel.:

(akceptuję ww. treści, otrzymałem/-am kopię -
podpis Uczestnika Programu)

(akceptuję ww. treści, otrzymałem/-am kopię -
podpis osoby realizującej usługę)

(podpis Realizatora)