GMINA PRUSZCZ GDAŃSKI

Zestawienie wykonania specjalistycznych usług za miesiąc:.....

Nazwisko i imię osoby świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze:

.....

Nazwisko i imię osoby objętej specjalistycznymi usługami opiekuńczymi:

.....

Adres zamieszkania:.....

Data	Liczba godzin	Podpis osoby świadczącej usługę	Podpis rodzica lub opiekuna potwierdzający wykonanie usługi	Miejsce wykonania usługi