Załącznik nr 1 do umowy nr …………….. z dnia ……………………………………………

(pieczęć Wykonawcy)

SZCZEGÓŁOWE ROZLICZENIE USŁUG  
**Za wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych w miesiącu ……………………………. 2017 r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię osoby korzystającej z usług** | **Nazwisko i imię przedstawiciela/opiekuna wymienionego w decyzji administracyjnej** | **Adres zamieszkania** | **Nr decyzji administracyjnej** | **Liczba godzin usług w miesiącu przyznanych decyzją administracyjną** | **Liczba godzin usług faktycznie wykonanych w miesiącu** | **Odpłatność za godzinę**  **usługi**  **(wypełnia GOPS)**  **% zł** | | **Odpłatność do przypisania w …… 2017 (wypełnia GOPS)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | RAZEM |  |  |  |  |  |

Dnia............................. .…........................................... ...............................................

podpis Wykonawcy podpis pracownika GOPS lub osoby upoważnionej