Karta zlecenia usług opieki wytchnieniowej
w ramach Programu
„Opieka wytchnieniowa" dla JST- edycja 2024

1. Zlecam Pani/Panu ……..…….. realizację usług opieki wytchnieniowej dla osoby z niepełnosprawnością w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" - edycja 2024

   (imię i nazwisko uczestnika „Programu") ……..,

   (*adres zamieszkania uczestnika „Programu"*) ……

   (dane kontaktowe, telefon/e-mail uczestnika „Programu") ……

2. Usługi, o których mowa w ust. 1 realizowane będą
   a) w okresie …….
   b) w miejscu …….
   c) W wymiarze …… tygodniowo łącznie …….. godz.

…… ……..
Zleceniodawca **Zleceniobiorca**