

Oznaczenie świadczeniodawcy	KARTA ZLECENIA CZYNNOŚCI OPIEKUŃCZYCH	MIESIĄC ŚWIADCZENIA USŁUG			
Imię i nazwisko klienta					
Adres zamieszkania					
PN WT ŚR CZW PT	Ilość godzin dziennie	Godz. od do			
Soboty	Ilość godzin dziennie	Godz. od do			
Niedziele	Ilość godzin dziennie	Godz. od do			
ŚWIĘTA *w przypadku gdy liczba godzin jest inna niż w dni powszednie	Ilość godzin dziennie	Godz. od do			
Imię i nazwisko opiekuna/opiekunki					
Data usługi	Liczba godzin	Podpis klienta	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Podpis klienta
1			1 7		
2			1 8		
3			1 9		
4			2 0		
5			2 1		
6			2 2		
7			2 3		
8			2 4		
9			2 5		
10			2 6		
11			2 7		
12			2 8		
13			2 9		
14			3 0		
15			3		
16					
SUMA WSZYSTKICH GODZIN					
Kartę wizyt zatwierdził/a					

	Powód nieświadczenia usług	Podpis
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10.		
11		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		

