

Nakło Śląskie, dn.

.....
(pieczęć zleceniodawcy)

**ZLECENIE REALIZACJI USŁUG OPIEKUŃCZYCH /
SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH ***

Imię i nazwisko osoby wymagającej pomocy w formie usług	
Adres zamieszkania / realizacji usług	
Dane do kontaktu (telefon, e-mail, inne osoby, itp.)	
Inne, dodatkowe uwagi	
Okres realizacji usług (od kiedy do kiedy)	
Zakres usług (w tym kiedy, co i jak?)	
Imię i nazwisko oraz nr telefonu koordynatora z ramienia OPS	
Numer i data decyzji przyznającej pomoc w formie usług opiekuńczych	
Sposób realizacji	<i>tabela poniżej ↓</i>

Czas realizacji (zaznaczyć „X”)	Poniedziałek			Wtorek			Środa			Czwartek			Piątek			Sobota			Niedziela			
	Rano 8-12	Południe 12-16	Wieczór 16-20	R	P	W	R	P	W	R	P	W	R	P	W	R	P	W	R	P	W	
Ilość godzin realizacji (wpisać właściwą cyfrę)																						

- każdorazowa zmiana decyzji przyznającej pomoc w formie usług opiekuńczych / specjalistycznych usług opiekuńczych wymaga wypełnienia i przekazania przez zleceniodawcę, realizatorowi zadania, nowego zlecenia;

.....
(data i podpis Wykonawcy – potwierdzający otrzymanie dokumentu)

.....
(data i podpis Zamawiającego)

* niepotrzebne skreślić

