*Załącznik nr 1 do Umowy Nr DN-SP/ /*

**Karta ewidencji udzielanych świadczeń ………………… (miesiąc)/ ………….. (rok)**

Miejsce wykonywania usługi: ………………………………………………

Imię ………………………………………………

Nazwisko ………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Godzina rozpoczęcia | Godzina zakończenia | Ilość godzin |
| 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. |  |  |  |

|  |
| --- |
| Podpis przyjmującego zamówienie |

|  |
| --- |
| Podpis kierownika komórki organizacyjnej |