

WYKAZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH, KTÓRE SKORZYSTAŁY ZE SCHRONIENIA W MIESIĄCU.....

Lp	Imię i nazwisko	MIESIĄC:..... (..... DNI) ROK:																														Liczba wykorzystanych osobodni	Numer decyzji administracyjnej		
		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	
1																																		0	
2																																		0	
3																																		0	
4																																		0	
5																																		0	
6																																		0	
7																																		0	
8																																		0	
9																																		0	
10																																		0	
11																																		0	
12																																		0	
Liczba wykorzystanych osobodni		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

UWAGA: Powyższe informacje stanowią podstawę do naliczenia transzy w miesiącu następnym

Wysokość dotacji otrzymanej w miesiącu wynosiła:zł.

Kwota nie wykorzystana w poprzednim miesiącu..... wynosiła:zł.

Wysokość dotacji wykorzystanej w miesiącu..... wynosiła:zł.

(liczba wykorzystanych osobodni x koszt osobodnia)

Nie wykorzystano: zł.

sporządził:.....

telefon kontaktowy:.....

.....
podpis i pieczęć Zleceniobiorcy

