

Załącznik nr 1a do ogłoszenia
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:.....

Prezydent Miasta

 Grażyna Dziedzic

.....
 podpis i pieczęć Zleceniobiorcy