ZAŁĄCZNIK nr 2

do zapytania ofertowego
z dnia 06.12.2022r.

..... Nazwa i adres Wykonawcy

ROZLICZENIE

Dla Ośrodka Pomocy Społecznej w Kostrzynie za wykonanie usług specjalistycznych w okresie od dnia …… do dnia ……

L.p	Nazwisko i imię	Nr decyzji administracyjnej	Liczba godzin usług w miesiącu przyznanych decyzją administracyjną	Liczba godzin usług wykonanych w miesiącu

Razem

….....
(podpis Wykonawcy lub podpis osoby/ uprawnionej)