



zał. nr 9

KARTA POTWIERDZAJĄCA SKORZYSTANIE Z USŁUGI ASYSTENCKIEJ
„Niesamodzielní w Miasteczku Krajeńskim”

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu	Imię i nazwisko Asystenta
Adres Uczestnika Projektu	Miesiąc, rok

[illegible]



RAZEM LICZBA GODZIN ZREALIZOWANYCH USŁUG ASYSTENCKICH:			
Podpis Asystenta			

Zatwierdzam wykonanie usług asystenckich w miesiącu, roku

Podpis