

**Protokół rozliczenia wydawanych posiłków w miesiącu.....**

Wykonawca:

.....  
.....  
.....

Zamawiający:

Gminą Kalwaria Zebrzydowska z siedzibą: ul. Mickiewicza 7, 34-130 Kalwaria Zebrzydowska, NIP – 5511158182, w imieniu której działa Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kalwarii Zebrzydowskiej, z siedzibą przy Al. Jana Pawła II 7, 34-130 Kalwaria Zebrzydowska

Przedmiot odbioru: .....

|  |  |
|--|--|
| <b>Ilość zwróconych bloczków żywnościowych do Zamawiającego.</b> |  |
|--|--|

Wykonawca przekazuje a Zamawiający odbiera *bez uwag/z uwagami\** wykonanie usługi za miesiąc.....zgodnie z umową nr..... dnia .....

Uwagi:.....

Protokół podpisano:

.....  
.....  
.....  
.....

*niewłaściwe skreślić*