

KARTA REALIZACJI ZADANIA.....
DO UMOWY/ UMOWY ZLECENIE* z dnia

za miesiąc2025

**„Świadczenie usługi polegającej na prowadzeniu specjalistycznego poradnictwa
psychologicznego dla mieszkańców Gminy Kalwaria Zebrzydowska”**

Imię i nazwisko Zleceniobiorcy

Lp.	Data	Godziny realizacji zadania od.....do.....	Podpis Zleceniobiorcy

Rozliczenie realizacji zadania		
Data	Łączna liczba godzin	Podpis osoby zatwierdzającej

* niepotrzebne skreślić

