**Załącznik nr 3**

**Pieczęć Wykonawcy do umowy nr………………………z dnia………………………**

ROZLICZENIE Z WYKONANIA SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI Z TERENU GMINY BOJANÓW W MIEJSCU ZAMIESZKANIA ZA MIESIĄC………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr. Zlece- nia** | **Nazwisko i Imię świadczeniobiorcy (osoby objętej pomocą)** | **Adres świadczeniobiorcy** | **Wymiar godzin zgodnie z zleceniem z GOPS** | **Liczba godzin faktycznie wykonanych usług na podstawie kart pracy** | **Kwota w zł. brutto za 1 godzinę wykonanych usług** | **Koszt usługi w zł. brutto należny za wykonanie usługi w miesiącu u danego świadczeniobiorcy** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Kol. 5 x kol. 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Razem:** |  |  |  |  |

**Rozliczenia dokonano na podstawie kart pracy za miesiąc:………………………………….przekazanych do GOPS w Bojanowie w ilości………..…szt.**

**Kwota do przekazania …………………….Słownie……………………………………………………........................................................................................**

**Przelew na konto:…………………………………………………………………………………………………………………………………..……………….**

**Osoba sporządzająca:……………………..………. osoba upoważniona do reprezentowania Wykonawcy…………………………………………………..**

 **(podpis) (podpis)**