



Regionalny Ośrodek
Polityki Społecznej
w Poznaniu



WIELKOPOLSKA

Załącznik nr 3

Karta realizacji usługi

Karta realizacji usługi nr.....

Imię i nazwisko/nazwa firmy Wykonawcy :

Imię i nazwisko Odbiorcy usługi:

Adres Odbiorcy Usługi.....

Rozliczenie wykonania w okresie od do

Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco !

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi	Czytelny podpis Wykonawcy	Potwierdzam, że usługa przebiegła w sposób prawidłowy i bez zastrzeżeń Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego
1.						
2.						

Strona | 1



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

3.						
4.						

Łączna liczba zrealizowanych godzin usługi osobistej w miesiącu 2025 r. wyniosła godzin.

.....
Data i podpis Wykonawcy

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Potwierdzam zgodność karty realizacji usługi

.....
Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego