Załącznik nr 2

KONTROLKA CZASU PRACY OPIEKUNKI

za miesiąc …… ……r. . imię i nazwisko opiekunki……...

Nazwisko i imię klienta……...

Adres……

Data Usługi	Czas pracy			Podpis klienta	Data Usługi	Czas pracy			Podpis klienta	Uwagi
	Od-do godziny		Ilość godzin			Od-do godziny		Ilość godzin		
01.					18					
02.					19					
03.					20					
04.					21					
05.					22					
06.					23					
07.					24					
08.					25					
09					26					
10					27					
11					28					
12					29					
13					30					
14					31					
15										
16										
17										