



.....

(nazwisko i imię)

.....

(adres zamieszkania)

.....

(PESEL)

RACHUNEK Nrz dnia.....

Dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich
za przeprowadzenie usług asystenckich w **miesiącu**

Liczba godzin wykonanego zlecenia..... zgodnie z zawartą umową
nr AOON/...../2023 z dnia.....

na kwotęzł.

(słownie:.....zł./100).

.....

(podpis Zleceniobiorcy)

Stwierdzam, że usługa została wykonana według warunków zawartych w umowie
i podana liczba godzin wykonywanego zlecenia jest zgodna z prawdą.

.....

(podpis Zleceniodawcy)