



ZLECENIE USŁUGI ASYSTENCKIEJ nr
z dnia

1. Dnia Miejsce prowadzenia zajęć:
godz. rozpoczęcia zajęć
godz. zakończenia zajęć
2. Dnia Miejsce prowadzenia zajęć:
godz. rozpoczęcia zajęć
godz. zakończenia zajęć
3. Dnia Miejsce prowadzenia zajęć:
godz. rozpoczęcia zajęć
godz. zakończenia zajęć
4. Dnia Miejsce prowadzenia zajęć:
godz. rozpoczęcia zajęć
godz. zakończenia zajęć
5. Dnia Miejsce prowadzenia zajęć:
godz. rozpoczęcia zajęć
godz. zakończenia zajęć
6. Dnia Miejsce prowadzenia zajęć:
godz. rozpoczęcia zajęć
godz. zakończenia zajęć

Adres zamieszkania uczestnika projektu

.....

Miejsce docelowe/miejsce organizowanej formy wsparcia:

.....

.....
Podpis Zamawiającego

Przyjęte do realizacji

.....
Podpis Wykonawcy