załącznik nr 7 do umowy

**PROTOKÓŁ KONTROLI USŁUG ASYSTENTA**

Data wizyty pracownika OPS…………………………

Imię i nazwisko odbiorcy usług: ………………………………………………………………………………...

Adres ……………………………………………………………………………………..………………………..

Imię i nazwisko asystenta: ……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 …………………………………………… ……………………………………….

 Podpis osoby kontrolującej Podpis świadczeniobiorcy

 ……………………………………………..

 Podpis opiekuna/członka rodziny