**Załącznik nr 10 do SWZ**

**Karta realizacji usług asystenckich**

**Imię i nazwisko, adres Uczestnika/czki Projektu**

**……………………………………………………………………………………………..**

**Imię i nazwisko Asystenta**

**……………………………………..……………………………………………………….**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data usługi | Czas pracy | | | Rodzaj i zakres realizowanej usługi | Podpis Uczestnika/czki Projektu |
| od godz. | do godz. | Ilość  godzin |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………………………… ……………………………

Miejscowość, data Podpis Asystenta

Akceptuję

**…………………………..**

Podpis koordynatora projektu