Nazwa Wykonawcy, adres

***Załącznik nr 2 do Umowy nr …***

Bydgoszcz, dn ……….......…

Zespół Domów Pomocy Społecznej i Ośrodków Wsparcia

Ul. Gałczyńskiego 2

85-322 Bydgoszcz

## Miesięczne sprawozdanie za okres

od …………….. do ………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** | **NAZWA ZADANIA – zgodnie z § 1 umowy** | **Liczba****GODZIN** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

…………………………….…

**Podpis Wykonawcy sporządzającego**

**Sprawozdanie**

**Zatwierdzenie wykonanych zadań**

Bydgoszcz, dn. …………………….

…………………………….…

Pieczątka imienna i podpis osoby upoważnionej do akceptacji sprawozdania

Uwagi i wnioski osób akceptujących sprawozdanie \*:

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

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

Niniejszy protokół stanowi podstawę do wystawienia faktury.

\* należy wskazać w szczególności ewentualne naruszenia umowy przez Wykonawcę; w przypadku braku uwag należy wpisać „BRAK UWAG”