Załącznik nr 3 do umowy z dnia ………………

(pieczęć Zamawiającego)

**Wykaz osób, które są uprawnione do korzystania ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu ich zamieszkania**

**w okresie ……………………………………….**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby korzystającej z usług | Nazwisko i imię opiekuna wymienionego w decyzji administracyjnej | Adres zamieszkania | Nr decyzji administracyjnej | Specjaliści/liczba przyznanych godzin | Data przyznania SUO |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Dąbrowa, dnia ……………………………

…………………………………………………………….

Pieczątka i podpis Zamawiającego/ lub pracownika GOPS