Załącznik nr 3 do umowy zlecenia nr …….. z dnia ……….

**Karta zlecenia usług opieki społecznej w zakresie świadczenia usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej i harmonogram ich realizacji**

1. Zlecam Pani/Panu…………………………. (*imię i nazwisko Wykonawcy*) realizację usług opieki społecznej w zakresie świadczenia usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej dla uczestnika „Programu”

*(imię i nazwisko uczestnika „Programu*”) ………………………………………..,

(*adres zamieszkania uczestnika „Programu*”) ………………………………………

*(dane kontaktowe, telefon/e-mail uczestnika „Programu” ) …………………………………………………*

1. Usługi, o których mowa w ust. 1 realizowane będą w okresie ……………………….

………………… ………………..

**Zamawiający Wykonawca**