

*do Programu*  
*Ministra Rodziny i Polityki Społecznej*  
**„Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026**

Nazwisko i Imię Zleceniobiorcy:

Tarnów, dnia .....

.....

**RACHUNEK NR ..... DO UMOWY ZLECENIA NR ..... z dnia ..... 2026 r.**  
**za miesiąc ..... 2026 r.**

***Dla Zleceniodawcy:***

***Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną koło w Tarnowie***

Ul. Ostrogskich 5B  
33-100 Tarnów  
Tel. 14 626-84-89

***Tytułem:***

Wykonania przedmiotu umowy jak wyżej – osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej

na kwotę ..... złotych brutto (słownie.....

..... złotych brutto),

tj. łączna liczba godzin w miesiącu wynosi: .....

***Zgodnie z Załącznikiem nr 2 do programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” Organizacji Pozarządowych – edycja 2026***

.....  
Data i podpis osoby świadczącej usługi

**POTWIERDZENIE WYKONANIA PRZEDMIOTU UMOWY ZLECENIA**

***Potwierdzam wykonanie:***

.....  
data i podpis pracownika Zleceniodawcy