

Załącznik nr 1 do umowy zlecenia z dnia.....
Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej
Oddział Koordynacji Świadczeń

E W I D E N C J A C Z A S U P R A C Y

imię i nazwisko Zleceniobiorcy.....

miesiąc

L.p.	Data wykonania usługi	Godziny wykonania usługi	Zakres wykonanych prac	Podpis Zleceniobiorcy

Potwierdzam liczbę godzin oraz zakres wykonanych prac przez Zleceniobiorcę w miesiącu 2019 r.

Wrocław, dnia.....
 (data i podpis upoważnionego pracownika DUW)