

### Miesięczne rozliczenie świadczenia zastępczego za miesiąc

Imię i nazwisko Dłużnika.....

Adres .....

Miejsce wykonywania świadczenia.....

Rodzaj czynności wykonywanych Przez Dłużnika .....

Liczba godzin odpracowanych	Kwota (Stawka x liczba godzin)	Uwagi (nie zgłoszenie —^—)
Razem		

( data i podpis Kierownika lub kierownika jednostki organizacyjnej)