Karta zgłoszenia i realizacji usługi wsparcia
w ramach programu „Wspieraj Seniora“

Imię i nazwisko Seniora …….....

Adres zamieszkania ……

Data urodzenia ……Nr telefonu …….

W przypadku wykupu leków nr Pesel …….……. i kod recepty

……

Zakres realizowanych usług
……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

…… .....
Data wykonania Podpis Seniora