združenje multiple skleroze slovenije

SPECIFIKACIJA STORITEV ZA INVALIDE

priloga Nalogu za storitev za invalide izvajalca (ime, priimek)

DATUM	OPRAVLJENA STORITEV	ŠTEVILO OPRAVLJENIH UR
	pomoč pri gibanju in spremstvu	
	SKUPNO ŠTEVILO OPRVALJENIH UR:	

V _____, dne_____

Podpis izvajalca storitev: