……………………………………. dn. …………………… 2024 r.

 miejscowość

Rachunek nr …………./2024

do umowy nr AD.2150. …………..2024
z dnia ……………….. 2024 r.

Nabywca: Powiat Krapkowicki ul. Kilińskiego 1, 47 – 303 Krapkowice, Nr NIP 199 011 16 72.

Odbiorca/Płatnik: Starostwo Powiatowe w Krapkowicach, ul. Kilińskiego 1, 47 – 303 Krapkowice

Nr NIP 755 16 42 838

**Nazwa usługi:** *świadczenie usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w miesiącu: ……………………………………………………………………………… 2024 r. na rzecz osoby niepełnosprawnej – Pani/Pana: …………………………………………………..………………………… - będącej uczestnikiem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024*.

**Zleceniobiorca:**

Imię: **…………………………………………………………..………**

Nazwisko: **……………………………………………..……………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adres zamieszkania: **……………………………………………………………………………………………………………..**

PESEL:

Urząd Skarbowy: **…………………………………………………………………….…………………………………………….**

Kwota należności ogółem: **……………………………………………………………………………………… zł brutto**

(*słownie: …………………………………………………………….………………………………………………………. 00/100)*

SPOSÓB ZAPŁATY:

**przelewem na rachunek bankowy numer**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

……………………………………………………

 (podpis asystenta)