.....

.....

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością
(nazwisko i imię, adres zamieszkania)

EWIDENCJA KOSZTÓW PRZEJAZDU INNYM ŚRODKIEM TRANSPORTU

za miesiąc ..... 2025 r.

Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Imię i nazwisko uczestnika	Nr dokumentu dot. wydatku	Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością	Cel wyjścia	Koszt zakupu	Podpis asystenta	Uwagi (np. rodzaj biletu)
1	2	3	4	5	6		7	8
RAZEM								

.....

Data i podpis asystenta