|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Ilość godzin | SUO świadczone w miejscu zamieszkania klienta | SUO świadczone w innym miejscu niż miejsce zamieszkania klienta |
| Nazwa, adres, nr telefonu odbiorcy usługi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Załącznik nr 4**

**WYKAZ ŚWIADCZONYCH SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH –
TERAPIA LOGOPEDYCZNA**