

Nazwa Wykonawcy:

Formularz wykonania usług społecznych

Konsultacje lekarza psychiatry dla mieszkańców Gminy Rawicz dotkniętych bądź zagrożonych problemem uzależnień w tym behawioralnych

| Lp. | Data | Liczba godzin | Podpis |
|-----|------|---------------|--------|
| | | | |

.....
data, podpis osoby uprawnionej