

WZÓR

.....  
.....  
Dane asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej  
(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

## EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

za miesiąc ..... r.

Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Data pobrania biletów	Liczba pobranych biletów	Data wyjazdu z osobą niepełnosprawną	Cel wyjazdu	Podpis asystenta	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8

.....  
Data i podpis asystenta