

.....
pieczęć organizacji pozarządowej*/
podmiotu*/jednostki organizacyjnej*

Ewidencja czasu pracy
członków organizacji pozarządowej
Nazwa organizacji pozarządowej*/podmiotu*/jednostki organizacyjnej*:
.....

Siedziba organizacji pozarządowej*/podmiotu*/jednostki organizacyjnej*
(miejscowość):
.....

Tytuł (tytuł własny) zadania publicznego określony w umowie, w ramach którego
członek organizacji pozarządowej*/podmiotu*/jednostki organizacyjnej* wykonywał
nieodpłatnie świadczenie:
.....

Dokładne miejsce realizacji zadania publicznego (miejscowość):
.....

Imię i nazwisko członka organizacji pozarządowej*/podmiotu*/jednostki
organizacyjnej*:
.....

Funkcja pełniona w organizacji pozarządowej*/podmiotu*/jednostki organizacyjnej*:
.....

Nazwa wykonywanego nieodpłatnie świadczenia:
.....

Okres wykonywania świadczenia w ramach zadania publicznego:
od do

Ewidencja czasu pracy:

1. Data od godziny do godziny liczba
godzin Stawka za godzinę (w zł) Wartość
świadczenia za dany dzień (w zł) Podpis członka organizacji
pozarządowej*/podmiotu*/jednostki organizacyjnej
.....
.....
2. Data od godziny do godziny liczba
godzin Stawka za godzinę (w zł) Wartość
świadczenia za dany dzień (w zł) Podpis członka organizacji
pozarządowej*/podmiotu*/jednostki organizacyjnej
.....
.....
3. Data od godziny do godziny liczba
godzin Stawka za godzinę (w zł) Wartość
świadczenia za dany dzień (w zł) Podpis członka organizacji

pozarządowej*/podmiotu*/jednostki organizacyjnej

.....
OGÓŁEM (w zł)

Wartość mojego wkładu osobowego jako członka ww. organizacji pozarządowej*/
podmiotu*/jednostki organizacyjnej* zaangażowanego w ww. zadanie w ramach
niniejszego nieodpłatnego świadczenia została wyliczona na podstawie aktualnych
stawek rynkowych.

.....
miejsowość, data

.....
podpis członka organizacji pozarządowej*/podmiotu*/jednostki organizacyjnej

Poniżej wypełnia organizacja pozarządowa*/podmiot*/jednostka organizacyjna*,
na rzecz której było wykonywane świadczenie.

Potwierdzam wykonanie ww. świadczenia:

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć organizacji pozarządowej*/podmiotu*/ jednostki organizacyjnej*

.....
Podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych

Uwaga:

Osoba uprawniona/osoby uprawnione do podpisania potwierdzenia wykonania
świadczenia, niedysponujące pieczętkami imiennymi, winny podpisywać się czytelnie
pełnym imieniem i nazwiskiem z zaznaczeniem pełnionych przez nie funkcji w
organizacji pozarządowej*/podmiocie*/jednostce organizacyjnej*.

* niepotrzebne skreślić