wydrukuj obustronnie

SPÓŁDZIELNIA SOCJALNA
HORYŻONTY

EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026

za miesiąc _____ 2026

Uwaga. Do ewidencji należy dołączyć bilet, fakturę, rachunek lub paragon dokumentujący zakup

…… ……

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

Lp.	**Imię i nazwisko asystenta**	**Data pobrania/ /zakupu biletów**	**Liczba pobranych/ /zakupionych biletów**	**Data wyjazdu z osobą z niepełnospr.**	**Cel wyjazdu oraz imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością**	**Koszt zakupu**	**Podpis asystenta**	**Uwagi** (np. rodzaj biletu)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								
2								
3								
4								

5								
6								
7								
8								
9								
10								

.....

Data i podpis asystenta

Uwaga. Do ewidencji należy dołączyć bilet, fakturę, rachunek lub paragon dokumentujący zakup.