

.....  
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

BURMISTRZ  
DOBREJ

Tadeusz Gebler