

Pieczęć organizacji pozarządowej

EWIDENCJA CZASU PRACY CZŁONKÓW ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ   
NA REALIZACJĘ ZADANIA PUBLICZNEGO   
W RAMACH OTWARTEGO KONKURSU OFERT   
**„Transport i magazynowanie żywności uratowanej przed zmarnowaniem w latach   
2024-2025”**

…………………………………………………………………………………………….……..

(nazwa organizacji pozarządowej\*/podmiotu\*)

w ………………………………….

(miejscowość)

zadanie publiczne pn.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

realizowane w

…………………………………………………………….

(miejscowość, dokładne miejsce)

od…............................................... roku do …............................................... roku

(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok )

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| FUNKCJA W ORGANIZACJI |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Nazwa świadczenia | Liczba godzin | Czas | | Stawka  za godzinę  [zł] | Wartość świadczenia  za dany dzień  [zł] | Podpis członka organizacji pozarządowej\*/ podmiotu\* |
| od | do |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA** | |  | **SUMA** | | |  |  |

Oświadczam, że wartość mojego wkładu osobowego jako członka ww. organizacji pozarządowej/podmiotu\* zaangażowanego w ww. zadanie w ramach ww. nieodpłatnych świadczeń została wyliczona na podstawie aktualnych stawek rynkowych.

……..………………………., ……………..…... roku …………………………………………………….

(miejscowość) (dzień, miesiąc, rok) (podpis członka organizacji pozarządowej/  
 podmiotu\*)

**Potwierdzam wykonanie ww. świadczeń:**

……..……………..……., ……………..….. roku ………………………………………..…………….

(miejscowość) (dzień, miesiąc, rok) (podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

…………………….……………………………..

/pieczęć organizacji pozarządowej/

podmiotu\*

\* niepotrzebne skreślić/usunąć