|  |  |
| --- | --- |
| logo-SW | **Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej**61-729 Poznań, ul. Młyńska 1tel. 61 856 82 59, fax 61 856 82 53, email: oisw\_poznan@sw.gov.pl |

Załącznik nr 5 do Zaproszenia do składania ofert

 nr OIP/NMF.2230.2.2023

Załącznik nr 1 do Umowy nr …………………………………….

 **PROTOKÓŁ ODBIORU USŁUGI**

 **W ROZLICZENIU MIESIĘCZNYM**

**1 . ZAMAWIAJĄCY:**

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

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

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

**2 . WYKONAWCA:**

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

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

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

**3. TERMINY PROWADZENIA DYŻURÓW**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **DATA** | **NAZWA JEDNOSTKI** | **ZAKRES GODZINOWY** **(ILOŚĆ GODZIN)** | **ILOŚĆ OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z PORAD** |
|  |  |  |  |  |

**4. TERMINY PRZEPROWADZENIA MEDIACJI**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **DATA** | **NAZWA JEDNOSTKI** | **ILOŚĆ MEDIACJI ZAKOŃCZONYCH SPRAWOZDANIEM** | **NUMER I DATA SPRAWOZDANIA** | **DOTYCZY OSADZONEGO****(IMIĘ I NAZWISKO, IMIĘ OJCA)** |
|  |  |  |  |  |  |

……………………………………………………………… ……………………………………………………………… (data, podpis Zamawiającego) (data, podpis Wykonawcy)