Приложение № 2

к договору о предоставлении социальных услуг в надомной (полустационарной) формах

социального обслуживания

**Акт сдачи-приемки оказанных социальных Услуг**

**( дополнительных платных услуг)**

**от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

Социальный работник ОБУСО « Щигровский МКЦСОН»

(наименование учреждения)

(фамилия, имя, отчество)

и Заказчик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

составили настоящий акт о том, что в соответствии с Договором о предоставлении социальных услуг в надомной (полустационарной) формах социального обслуживания от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. №\_\_\_

Заказчику оказаны в период с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. необходимые социальные услуги.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наименование Услуги** | **Кол-во**  **Услуг**  **в месяц** | **Тариф на**  **Услугу**  **руб.)** | **Стоимость**  **Услуги в месяц**  **(руб.)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Всего:** | | |  |

Претензий к объему и качеству оказанных социальных услуг Заказчик к социальному работнику: не имеет, имеет.

(нужное подчеркнуть).

Если претензии имеет, указать какие: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подписи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество Заказчика)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество социального работника)