

.....  
 .....  
 Dane Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością  
 (nazwisko, imię, adres zamieszkania)

### EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

za miesiąc ..... 2024 r.

.....  
 nazwisko i imię Uczestnika, którego dotyczy ewidencja

Lp.	Imię i nazwisko Asystenta	Data pobrania/zakupu biletów	Liczba pobranych/zakupionych biletów	Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością	Cel wyjazdu	Podpis Asystenta	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8

.....  
 Data i podpis Asystenta