

POTWIERDZENIE ZAPŁATY

Ja, , zam.
(imię i nazwisko) (adres)

za sprawowanie w okresie od dnia do dnia..... opieki nad:

1.
(imię i nazwisko dziecka/osoby zależnej)

2.
(imię i nazwisko dziecka/osoby zależnej)

wypłaciłam(em) Pani/Panu ,
(imię i nazwisko)

zam. kwotę zł.
(adres)

.....
(podpis zleceniodawcy)

Potwierdzam odbiór w/w kwoty

.....
(data i podpis zleceniobiorcy)