

POLSKI ZWIĄZEK NIEWIDOMYCH
Okręg Dolnośląski
Wrocław

Karta ewidencji czasu pracy wolontariusza

Imię i nazwisko wolontariusza:

DATA	LICZBA GODZIN	ZAKRES WYKONYWANYCH CZYNNOŚCI	PODPIS WOLONTARIUSZA	PODPIS PRZEDSTAWICIELA PZN

OGÓŁEM:	
---------	--

.....
(podpis osoby zatwierdzającej kartę wraz z pieczętką)

