

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

EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH
za miesiąc.....2025

Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Data pobrania/zakup u biletów	Liczba pobranych/zakup ionych biletów	Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością	Cel wyjazdu	Koszt zakupu	Podpis asystenta	Uwagi (np. rodzaj biletu)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

.....
Data i podpis asystenta