



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Miejski Ośrodek Pomocy
Społecznej Inowrocław



Załącznik nr 1 do Umowy na świadczenie usług Asystenta

– Program AOON Edycja 2023

.....

(miejscowość i data)

Wypowiedzenie umowy

Niniejszym wypowiadam umowę nr na świadczenie wsparcia asystenta w ramach programu **ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ – EDYCJA 2023** zawartą w dniu pomiędzya Stowarzyszeniem z dwutygodniowym okresem wypowiedzenia, zgodnie z § 5 ust. 3 Umowy.

.....

Podpis Uczestnika projektu