Załącznik nr 5

do umowy nr .....

TERAPIA W GRUPIE WSPARCIA / WARSZTATY PSYCHOLOGICZNE (SZKOLENIOWE)

Charakterystyka Grupy (w tym liczba osób)

Liczba osób .....

Lp.	Data spotkania	Zagadnienia omawiane w trakcie spotkania	Wnioski, spostrzeżenia

.....
podpis osoby realizującej zadanie

.....
podpis osoby potwierdzającej wykonanie zadania
(dyrektor, z-ca dyrektor ds.lecz.,przełożona piel.)