

## Stan wyposażenia mieszkania chronionego

Zgodność ze spisem inwentarza	Liczba pozycji	Uwagi dotyczące sprzętu	
		Dzień przyjęcia	Dzień zdania
Nr .....			
Nr .....			
Nr .....			
Nr .....			
Nr .....			
Nr .....			
Nr .....			
<b>Podpis opiekuna mieszkania chronionego</b>			
<b>Podpis Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pruszkowie</b>			