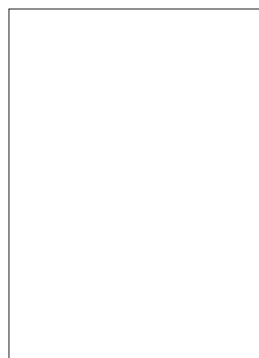


“Asystent osoby
niepełnosprawnej”



“Asystent osoby
niepełnosprawnej”

.....
imię i nazwisko
asystenta

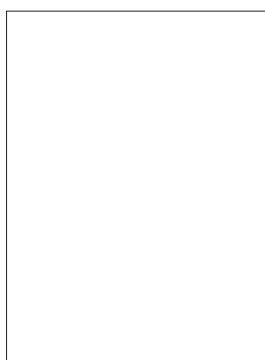
.....
imię i nazwisko
asystenta

Program pilotażowy przygotowany
we współpracy z
Miejskim Ośrodkiem
Pomocy Rodzinie w Koninie
i Powiatowym Urzędem Pracy
w Koninie

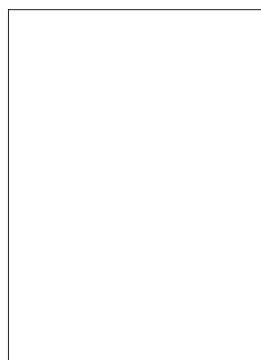
Program pilotażowy przygotowany
we współpracy z
Miejskim Ośrodkiem
Pomocy Rodzinie w Koninie
i Powiatowym Urzędem Pracy
w Koninie

.....
pieczęć i podpis
Prezesa Zarządu
PTWzK

.....
pieczęć i podpis
Prezesa Zarządu
PTWzK



“Asystent osoby
niepełnosprawnej”



“Asystent osoby
niepełnosprawnej”

.....
imię i nazwisko
asystenta

.....
imię i nazwisko
asystenta

Program pilotażowy przygotowany
we współpracy z
Miejskim Ośrodkiem
Pomocy Rodzinie w Koninie
i Powiatowym Urzędem Pracy
w Koninie

Program pilotażowy przygotowany
we współpracy z
Miejskim Ośrodkiem
Pomocy Rodzinie w Koninie
i Powiatowym Urzędem Pracy
w Koninie

.....
pieczęć i podpis
Prezesa Zarządu
PTWzK

.....
pieczęć i podpis
Prezesa Zarządu
PTWzK