

Kraków, dnia ..... r.

**Harmonogram i kosztorys realizacji „Programu wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa.”**

**I. Harmonogram Programu:**

**Miejsce realizacji Programu** (nazwa Przyjmującego zamówienie i adres siedziby):

.....

**Dokładny adres siedziby gabinetu**, w którym realizowany będzie Program – należy wskazać nazwy wszystkich szkół oraz dni tygodnia i czas realizacji (w godzinach) wg następującego wzoru informacji:

(1. Szkoła Podstawowa nr ....; ul. .... –  
poniedziałek: ... h (od godz. .... do godz. ....); piątek: .... h (od godz. .... do godz. ....) itd.;

1. ....
2. ....
3. ....

**Opis Programu:** Realizacja Programu polegać będzie na wykonaniu:

.....

**Czas realizacji Programu:**

od dnia zawarcia umowy do dnia **22 grudnia 2018 roku**

**Personel realizujący Program** (wskazać personel i szkołę/szkoły, w której/-ych będzie realizował Program):

.....  
.....  
.....

**Telefon informacyjny na temat realizowanego Programu:** .....

**II. Kosztorys realizacji Programu:**

**Minimalna liczba personelu medycznego udzielającego świadczeń objętych Programem:**

(wskazanie rodzaju i liczby personelu):

.....

**Wskazanie nr telefonu i adresu e-mail do osoby odpowiedzialnej za organizację Programu ze strony Przyjmującego zamówienie,**

( nazwisko, nr telefonu, adres e-mail): .....

**Cena za jedną godzinę (60 min.) udzielania świadczeń w ramach Programu:** ..... zł brutto  
(zgodnie z przyjętym formularzem ofertowym)

**Wysokość środków** na 2016 r. na realizację Programu wyniesie nie więcej niż .....zł brutto.

**Wysokość środków** na 2017 r. na realizację Programu wyniesie nie więcej niż .....zł brutto.

**Wysokość środków** na 2018 r. na realizację Programu wyniesie nie więcej niż .....zł brutto.

(zgodnie z wynikami konkursu ofert).

.....  
(podpis i pieczętka osoby upoważnionej  
do reprezentacji Przyjmującego zamówienie)

Umowa o udzielenie zamówienia na realizację programu polityki zdrowotnej