

Załącznik nr. 1 do Umowy na realizację programu polityki zdrowotnej

(Pieczęć nagłówkowa Przyjmującego zamówienie)

Kraków, dnia r.

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

I. Harmonogram 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 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 31 grudnia 2018 roku

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

.....
.....

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

Wskazanie nr telefonu i adresu e-mail do osoby odpowiedzialnej za organizację Programu ze strony Przyjmującego zamówienie, (nazwisko, nr telefonu, adres e-mail):

.....

II. Kosztorys realizacji Programu:

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

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

Wysokość środków w roku 2018 r. na realizację Programu wyniesie nie więcej niż.....zł brutto.
(zgodnie z wynikami konkursu ofert).

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