

.....
(pieczęć podmiotu)

.....
(aktualny numer tel. kontaktowego)

WZÓR

HARMONOGRAM I KOSZTORYS REALIZACJI ZADANIA

(na podstawie ustawy o zdrowiu publicznym)

**„Program polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym
w Gminie Pilchowice w latach 2022-2023
- szczepień przeciw meningokokom typu A, C, W-135, Y”**

.....
(tytuł zadania publicznego)

Osoby upoważnione do podpisania umowy (imię i nazwisko oraz funkcja):

1.

2.

Kwota przyznanych środków finansowych:zł

Numer rachunku bankowego:
.....

I. Harmonogram

Lp.	Realizacja zadania	Termin realizacji
1		
2		
3		
4		
5		
6		

