

.....
(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 2024-2025
- kontynuacja 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

II. KOSZTORYS REALIZACJI ZADANIA

1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów:

Lp.	Rodzaj kosztów	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy	Rodzaj miary	Koszt całkowity (w zł)	Kwota dotacji	Kwota współfinansowania*
OGÓŁEM							

2. Przewidywane źródła finansowania zadania

Źródło finansowania	zł	%
Kwota dotacji zł.		
Kwota współfinansowaniazł)		
Ogółem:		

*- wypełnia się w przypadku, gdy w ogłoszeniu konkursowym jest zapis o współfinansowaniu zadania.

.....
(pieczęć podmiotu)

....., dnia

.....
(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)