

.....  
(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	.....	.....

