

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

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

**HARMONOGRAM I KOSZTORYS
REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

(art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.)

.....
(nazwa programu zgodna z ogłoszeniem konkursowym)

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. Kalkulacja kosztów realizacji programu

1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów

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

*zgodnie z ogłoszeniem konkursowym

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

.....
.....

....., dnia

.....

Podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu