

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

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

HARMONOGRAM REALIZACJI PROGRAMU SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W GMINIE ŁODYGOWICE W 2017 R.

(art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm).

„Program profilaktyki i promocji zdrowia w Gminie Łodygowice na lata 2017-2020”

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		

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

.....
.....

....., dnia

.....

Podpisy osób upoważnionych do reprezentacji programu.