

Załącznik Nr 3 do warunków konkursu

(Pieczętka nagłówkowa Przyjmującego zamówienie)

Kraków, dniar.

Harmonogram i kosztorys realizacji

„Programu wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa”

I. Harmonogram realizacji Programu:

Miejsce realizacji Programu (wskazać szkołę w której realizowany będzie program wraz z terminami i czasem pracy)

1.
2.
-
-
-

(np.: Szkoła podstawowa nr .. - poniedziałek .. h (od godz.... do godz), piątek h (od godz..... do godz.))

Czas realizacji Programu w latach 2014 -2015:

Personel realizujący Program -...

.....
(wskazać personel i szkołę/szkoły w której/których będzie realizował program)

Telefon informacyjny na temat realizowanego Programu.....

II. Kosztorys realizacji Programu:

Cena brutto za jedną godzinę (60 min) udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach

Programu w latach 2014-2015 zł. brutto.

- Łączny koszt realizacji Programu w roku 2014 wyniesie nie więcej niż zł brutto
- Łączny koszt realizacji Programu w roku 2015 wyniesie nie więcej niż zł brutto

(pieczętka, data i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta)