**Załącznik nr 1** do Umowy na realizację programu polityki zdrowotnej

*(Pieczątka nagłówkowa Przyjmującego zamówienie)*

**Kraków, dnia ……………………………… r.**

**Harmonogram i kosztorys realizacji „Programu wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej   
w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa.”**

**I. Harmonogram Programu:**

**Miejsce realizacji Programu** (nazwa Przyjmującego zamówienie i adres siedziby):

………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Dokładny adres siedziby gabinetu**, w którym realizowany będzie Program – należy wskazać nazwy wszystkich szkół oraz dni tygodnia i czas realizacji (w godzinach) wg następującego wzoru informacji:

**Zespół Szkół i Placówek Specjalnych w Krakowie przy ul. Lubomirskiego 21:**

1. poniedziałek: liczba godzin: …… h (od godz. .…. do godz. ….);
2. wtorek: liczba godzin: …… h (od godz. .…. do godz. ….);
3. środa: liczba godzin: …… h (od godz. .…. do godz. ….);
4. czwartek: liczba godzin: …… h (od godz. ….. do godz. ….);
5. piątek: liczba godzin: …… h (od godz. ….. do godz. ….);

**Opis Programu:** Realizacja Programu polegać będzie na wykonaniu:

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

**Czas realizacji Programu:**

od dnia zawarcia umowy do dnia **21 grudnia 2018 roku**

**Personel realizujący Program** (wskazać personel i szkołę/szkoły, w której/-ych będzie realizował Program)**:**

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….……

**Telefon informacyjny na temat realizowanego Programu:** ……………………………………………………….

**II. Kosztorys realizacji Programu:**

**Minimalna liczba personelu medycznego udzielającego świadczeń objętych Programem:**

(wskazanie rodzaju i liczby personelu):

………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Wskazanie nr telefonu i adresu e-mail do osoby odpowiedzialnej za organizację Programu ze strony Przyjmującego zamówienie,**

( nazwisko, nr telefonu, adres e-mail): …………………………..………………………………………………………

**Cena za jedną godzinę (60 min.) udzielania świadczeń w ramach Programu: 45 zł brutto**

*(zgodnie z przyjętym formularzem ofertowym)*

**Wysokość środków na 2018 r.** na realizację Programu wyniesie nie więcej niż ……................ zł brutto.

*(zgodnie z wynikami konkursu ofert)***.**

...........................................................

***(podpis i pieczątka osoby upoważnionej***

***do reprezentacji Przyjmującego zamówienie)***