

Załącznik nr 2b
do ogłoszenia stanowiącego załącznik
do zarządzenia
Prezydenta Miasta Krakowa
nrz dnia

**„PROGRAM WYRÓWNYWANIA DOSTĘPNOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ W MIEJSCU
NAUCZANIA I WYCHOWANIA NA TERENIE MIASTA KRAKOWA”
NA LATA 2019 - 2021**

.....
(Pieczęć nagłówkowa Przyjmującego zamówienie)

Kraków, dnia r.

Realizator programu:

.....

.....

(nazwa i adres)

Harmonogram i kosztorys realizacji

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

I. Harmonogram realizacji Programu:

a) Miejsce:

L.p.	Miejsce realizacji Programu (nazwa i adres szkoły/placówki)	Dni tygodnia	Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych
1.			
2.			
...			

b) Czas realizacji Programu:

c) Personel realizujący Program

L.p.	Imię i nazwisko pielęgniarki/ higienistki szkolnej	Szkoła/placówka, w której udzielane będą świadczenia medyczne
1.		
...		

Numer telefonu informacyjnego na temat realizowanego Programu

.....

II. Kosztorys realizacji Programu:

1. Cena brutto za jedną godzinę (60 min) udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu w latach 2019-2021 (nie większa niż 50 złotych).....zł.
brutto.

a) 2019 rok:

- Łączna liczba dni realizacji Programu:,
- Łączna liczba godzin realizacji Programu:,
- Łączny koszt realizacji Programu wyniesie nie więcej niż, zł brutto.

b) 2020 rok:

- Łączna liczba dni realizacji Programu:,
- Łączna liczba godzin realizacji Programu:,
- Łączny koszt realizacji Programu wyniesie nie więcej niż, zł brutto.

c) 2021 rok:

- Łączna liczba dni realizacji Programu:,
- Łączna liczba godzin realizacji Programu:,
- Łączny koszt realizacji Programu wyniesie nie więcej niż, zł brutto.

.....

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