

HARMONOGRAM

Załącznik Nr 1 do Umowy Nr z dnia2021 r.

Okres obowiązywania: od 1 października 2021 roku do 30 czerwca 2022.

.....
Imię i Nazwisko Realizatora Świadczeń posiadane kompetencje

Miejsce udzielania świadczeń: **Oddział Dziennego Wsparcia w Centrum Zdrowia Psychicznego+ .**

L.p.	Lokalizacja	Zakres	Minimalne wymagane kwalifikacje Przyjmującego zamówienie	Rodzaj świadczeń zdrowotnych	Oczekiwana jednostka rozliczeniowa	Okres obowiązywania umowy	Średnia liczba godzin miesięcznie
	Jednostka Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ w lokalizacji przy ul. Ostrowskiego 13c we Wrocławiu (zwana Centrum Zdrowia Psychicznego + lub CZP+)						

.....
Przyjmujący zamówienie

.....
Udzielający zamówienia