

# HARMONOGRAM

Załącznik Nr 1 do Umowy Nr ..... z dnia .....2022 r.

Okres obowiązywania: od ..... roku do 31 grudnia 2022.

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

Miejsce udzielania świadczeń:

**Oddział Dziennego Wsparcia w Centrum Zdrowia Psychicznego+ .**

I.p	Wyszczególnienie	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Razem godzin w tygodniu
1	Oddział Dziennego Wsparcia (2730) Centrum Zdrowia Psychicznego +						

.....  
**Przyjmujący zamówienie**

.....  
**Udzielający zamówienia**