

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....  
(numer tel. kontaktowego)

**ZAKTUALIZOWANY HARMONOGRAM I KOSZTORYS  
REALIZACJI PROGRAMU ZDROWOTNEGO**

(art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jt. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz.1027 z późn. zm.)

**„Program profilaktyki szczepień ochronnych przeciwko grypie dla  
mieszkańców Gminy Nowe Warpno po 65 roku życia”**  
(nazwa programu zgodna z ogłoszeniem konkursowym)

Osoby upoważnione do podpisania umowy (imię i nazwisko oraz funkcja):

.....  
.....

Kwota przyznanych środków finansowych: .....zł

Numer rachunku bankowego:

.....

**I.Harmonogram**

Lp.	Realizacja zadania	Termin realizacji
1		
2		
3		
4		
5		
6		

## II. Kalkulacja kosztów realizacji programu

### Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów

Lp.	Rodzaj kosztów *	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy	Rodzaj miary	Koszt całkowity (w zł)
OGÓŁEM					

**\*zgodnie z ogłoszeniem konkursowym**

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

.....

....., dnia .....

.....  
Podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu