Załącznik nr 4

do Zarządzenia nr 130/2019

Prezydenta Miasta Konina

z dnia 3 października 2019 r.

………………………………………..

(pieczęć podmiotu leczniczego)

……………………………………………

(aktualny numer tel. kontaktowego)

**HARMONOGRAM I KOSZTORYS REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

(art.48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych /Dz. U. z 2019 r., poz.1373 ze zm./)

………………………………………………………………………………….

(nazwa programu zgodna z ogłoszeniem konkursowym)

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

1. …………………………………………………..
2. …………………………………………………...

Kwota przyznanych środków finansowych : ………………………………… zł

Numer rachunku bankowego: ………………………………………………………………..

1. **HARMONOGRAM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Realizacja zadania** | **Termin realizacji zadania** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **KALKULACJA KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU**
2. **Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj kosztów\* | Ilość jednostek | Koszt jednostkowy | Rodzaj miary | Koszt całkowity (w zł) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| OGÓŁEM | | | | |  |

**\***zgodnie z ogłoszonym konkursem

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

……………………….., dnia ……………………………….

……………………………………

……………………………………

(podpisy osób upoważnionych do

reprezentacji podmiotu)