

.....  
 (pieczęć podmiotu )

.....  
 (aktualny numer tel. kontaktowego)

## WZÓR

### ZAKTUALIZOWANY HARMONOGRAM I KOSZTORYS REALIZACJI ZADANIA

( na podstawie ustawy o zdrowiu publicznym)

.....  
 (tytuł zadania publicznego)

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

1. ....

2. ....

Kwota przyznanych środków finansowych : .....zł

Numer rachunku bankowego:

.....

#### I. Harmonogram

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

