

HARMONOGRAM PRACY

Załącznik Nr 1 do Umowy Nr z dnia2020 r.

Okres obowiązywania: od roku do 31 grudnia 2021.

.....
Imię i Nazwisko Realizatora Świadczeń

.....
posiadane kompetencje

Miejsce udzielania świadczeń: **Ośrodek Dziennego Wsparcia / Zespół Terapeutyczny w Centrum Zdrowia Psychicznego+ (*)**

l.p	Wyszczególnienie	Poniedziałek	Godz. tyg.	Wtorek	Godz. tyg.	Środa	Godz. tyg.	Czwartek	Godz. tyg.	Piątek	Godz. tyg.	Razem godzin w tygodniu
1	Oddział Dziennego Wsparcia (2700)/ Zespół terapeutyczny (2730) Centrum Zdrowia Psychicznego + (*)											
Razem:												

.....
Przyjmujący zamówienie

.....
Udzielający zamówienia

(*) niepotrzebne skreślić