

# HARMONOGRAM PRACY

Załącznik Nr 1 do Umowy Nr ..... z dnia .....2020 r.

Okres obowiązywania: od 13 kwietnia 2020 roku do 31 grudnia 2021.

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

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

I.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 +											
<b>Razem:</b>												

.....  
**Przyjmujący zamówienie**

.....  
**Udzielający zamówienia**