

**B Kwartalny harmonogram  
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia**

Nazwa Beneficjenta	<b>Centrum Usług Społecznych w Michałowie</b>
Nr umowy	<b>FESW.09.04-IZ.00-0073/24</b>
Tytuł projektu	<b>„Utworzenie Centrum Usług Społecznych w Gminie Michałów”</b>
Wykonawca	<b>OSTOYA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ 34-500 ZAKOPANE, UL. KRUPÓWKI 12</b>
Forma wsparcia	<b>Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania osób starszych, osób z niepełnosprawnościami: mobilne usługi rehabilitacyjne / fizjoterapeutyczne dla osób starszych, osób z niepełnosprawnościami</b>
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	.....

**INFORMACJE OGÓLNE**

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od ... do ...)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników	Prowadzący (imię i nazwisko)
01.04.2026 r.	07:30 – 18:30	9	9	Mgr Łukasz Regucki - fizjoterapeuta
02.04.2026 r.	07:30 – 18:30	9	9	Mgr Łukasz Regucki - fizjoterapeuta
10.04.2026 r.	07:30 – 18:30	9	9	Mgr Łukasz Regucki - fizjoterapeuta
15.04.2026 r.	07:30 – 18:30	9	9	Mgr Łukasz Regucki - fizjoterapeuta
20.04.2026 r.	07:30 – 18:30	9	9	Mgr Łukasz Regucki - fizjoterapeuta
23.04.2026 r.	07:30 – 18:30	9	9	Mgr Łukasz Regucki - fizjoterapeuta
27.04.2026 r.	07:30 – 18:30	9	9	Mgr Łukasz Regucki - fizjoterapeuta
				Mgr Łukasz Regucki - fizjoterapeuta
				Mgr Łukasz Regucki - fizjoterapeuta
<b>Razem: 63 h</b>				

.....  
Data i podpis osoby sporządzającej