

**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)
07.05.2026 r.	08:00 - 17:45	9 godzin. 45 minut. .	8	Mgr Łukasz Regucki - fizjoterapeuta
13.05.2026 r.	08:00 - 17:45	9 godzin. 45 minut.	8	Mgr Łukasz Regucki - fizjoterapeuta
20.05.2026 r.	08:00 - 17:45	9 godzin. 45 minut.	8	Mgr Łukasz Regucki - fizjoterapeuta
21.05.2026 r.	08:00 - 15:15	7 godzin. 15 minut.	6	Mgr Łukasz Regucki - fizjoterapeuta
26.05.2026 r.	08:00 - 16:30	8 godzin. 30 minut.	7	Mgr Łukasz Regucki - fizjoterapeuta
29.05.2026 r.	08:00 - 17:45	9 godzin. 45 minut.	8	Mgr Łukasz Regucki - fizjoterapeuta
<b>Razem: 45 h</b>				

.....  
Data i podpis osoby sporządzającej