Miesięczny harmonogram

planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

Nazwa Beneficjenta	*Centrum Usług Społecznych w Michałowie*
Nr umowy	***FESW.09.04-IZ.00-0073/24***
Tytuł projektu	*„Utworzenie Centrum Usług Społecznych w Gminie Michałów"*
Wykonawca	***Eco Care Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Huta Stara 55 26 – 004 Bieliny***
Forma wsparcia	***Wsparcie osób starszych i osób z niepełnosprawnościami: usługi remontowo - konserwacyjne***
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	***Praca w środowisku Zagajówek***

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	***Godziny realizacji wsparcia (od ... do ...)***	***Liczba godzin ****	***Planowana liczba uczestników projektu***	***Prowadzący (imię i nazwisko)***
27.10.2026 r	*8:00 – 14.00 Zagajów*	***6***	***1 osoba***	*Jan Karcz*
28.10.2026 r.	*8:00 – 14.00 Zagajówek*	***6***		
Łącznie: 1 usług remontowo - konserwacyjnych				

****jedna usługa remontowo-porządkowa u jednej osoby obejmująca łącznie 12 godzin świadczenia usługi w ciągu 2 dni roboczych***

ECO Care
Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością
Karol Kobuć
Prezes Zarządu

15.10.2026 r.

.....

Data i podpis osoby sporządzającej