|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** |  |
| **Nr umowy** |  |
| **Tytuł projektu** |  |
| **Wykonawca**  |  |
| **Forma wsparcia** |  |
| **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) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Data i podpis osoby sporządzającej*