Załącznik nr 2 do oferty w ramach Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023

*WZÓR*

**Harmonogram działań podejmowanych w celu realizacji zadania**

Nazwa oferenta ….....................................................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l. p. | Nazwa Działania | Opis działania | Okres realizacji działania |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

…................................................................................................

(Miejscowość, data i podpis oferenta)