**Załącznik nr 5**

…………………………

*Pieczęć oferenta*

**HARMONOGRAM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Planowany okres wykonywania zadań:** | | |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Planowane miejsce udzielania porad genetycznych i prowadzenia opieki onkologicznej w ramach Programu (należy podać nazwę i adres)** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dostępność (planowany czas zapewniania udzielania porad) miesięcznie:** | | |
|  | **Lekarze specjaliści z zakresu onkologii i lekarze w trakcie specjalizacji – liczba godzin miesięcznie** | **Lekarze specjaliści z zakresu genetyki klinicznej i lekarze w trakcie specjalizacji – liczba godzin miesięcznie** |
| **Łączna** miesięczna liczba godzin udzielania porad przez lekarzy (należy wpisać **sumę** liczby godzin pracy wszystkich lekarzy specjalistów i w trakcie specjalizacji z danego zakresu) | ................ godzin miesięcznie | ................ godzin miesięcznie |

................................. .........................................................................................

Data Pieczęć i podpis osoby lub osób uprawnionych

do reprezentowania oferenta