**Załącznik nr 1 do Umowy Harmonogram i program szkolenia**

………………………………………….

Pieczęć Wykonawcy

1. **Szczegółowy Harmonogram szkolenia z zakresu rehabilitacji po covidowej dla kadry medycznej w woj. opolskim:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numer grupy szkoleniowej** | **Termin realizacji szkolenia** | **Adres szkolenia** | **Adres zakwaterowania** |
| 1  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

1. **Szczegółowy program szkolenia z zakresu rehabilitacji po covidowej dla kadry medycznej w woj. opolskim:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numer godziny lekcyjnej** | **Temat szkolenia** | **Dzień (1-3)** | **Forma zajęć** **(T-teoria, P-praktyka)** |
| 1  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| **16** | **Razem:** | **3 dni** | **16 h T, 10 h P** |

…………………………………………….. ……………………………………………

(miejscowość i data) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy