**Załącznik nr 6**

…………………………

*Pieczęć oferenta*

**HARMONOGRAM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Planowany okres wykonywania zadań:** | | | |
| **2018** *(wskazać kwartały):* | **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):** | | |
| **Dzień tygodnia** | **Lekarz specjalista z zakresu onkologii (lub w trakcie specjalizacji) - imię i nazwisko oraz godziny udzielania porad od … do…. (dla każdego lekarza oddzielnie)** | **Lekarz specjalista z zakresu genetyki klinicznej lub lekarz w trakcie specjalizacji**  **- imię i nazwisko oraz godziny udzielania porad od … do…. (dla każdego lekarza oddzielnie)** |
| poniedziałek |  |  |
| wtorek |  |  |
| środa |  |  |
| czwartek |  |  |
| piątek |  |  |
| sobota |  |  |
| niedziela |  |  |

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

Data Pieczęć i podpis osoby lub osób uprawnionych

do reprezentowania oferenta