

**Załącznik nr 2 do umowy nr nr FiOP/..../. z dnia
o zlecenie przez Samorząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego, ze środków PFRON, zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej
osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym**

Harmonogram realizacji zadania

(nazwa zadania z wniosku)

w okresie -

(dd/mm/rrrr)

-

(dd/mm/rrrr)

miesiąc

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
---	----	-----	----	---	----	-----	------	----	---	----	-----

Lp. Nazwa podzadania:

1.													
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													
9.													
10.													

Zleceniodawca

Zleceniobiorca