Kwartalny harmonogram
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

Nazwa Beneficjenta	**Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kielcach**
Nr umowy	**FESW.07.02-IZ.00-0001/25**
Tytuł projektu	**„Rehabilitacja pacjentów onkologicznych z terenu województwa świętokrzyskiego”**
Wykonawca	**Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kielcach**
Forma wsparcia	**Grupowe zajęcia aktywności fizycznej Nordic walking**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Grupowe zajęcia na świeżym powietrzu, organizowane na terenie miasta Kielce**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od … do …)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników	Prowadzący (imię i nazwisko)
01.10.2026	08:30 – 10:00	90 minut	grupa ok. 6-12 osobowa	V. Borovykh
03.10.2026	08:00 – 09:30 09:30 – 11:00 11:00 – 12:30	270 minut	grupa ok. 6-12 osobowa	E.Woś
03.10.2026	08:30 – 10:00 10:00 – 11:30	180 minut	grupa ok. 6-12 osobowa	V. Borovykh
06.10.2026	08:30 – 10:00	90 minut	grupa ok. 6-12 osobowa	V. Borovykh
08.10.2026	08:30 – 10:00	90 minut	grupa ok. 6-12 osobowa	V. Borovykh

10.10.2026	08:30 – 10:00 10:00 – 11:30	180 minut	grupa ok. 6-12 osobowa	V. Borovykh
10.10.2026	08:00 – 09:30 09:30 – 11:00 11:00 – 12:30	270 minut	grupa ok. 6-12 osobowa	E.Woś
18.10.2026	08:15 – 09:45 09:45 – 11:15 11:15 – 12:45	270 minut	grupa ok. 6-12 osobowa	E.Woś
24.10.2026	08:00 – 09:30 09:30 – 11:00 11:00 – 12:30	270 minut	grupa ok. 6-12 osobowa	E.Woś
29.10.2026	16:00 – 17:30	90 minut	grupa ok. 6-12 osobowa	E.Woś

Data i podpis osoby sporządzającej