

**Kwartalny harmonogram  
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia**

<b>Nazwa Beneficjenta</b>	<b>Akademia Zdrowia Izabela Łajs</b>
<b>Nr umowy</b>	<b>FESW.10.05-IP-.01-0014/25</b>
<b>Tytuł projektu</b>	<b>Kobiety przyszłości</b>
<b>Wykonawca</b>	<b>Izabela Typa</b>
<b>Forma wsparcia</b>	<b>Indywidualna/doradca - określenie IPD</b>
<b>Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)</b>	<b>Al. IX Wieków Kielc 8/24, 25-516 Kielce</b>

**INFORMACJE OGÓLNE**

<b>Data realizacji wsparcia</b>	<b>Godziny realizacji wsparcia (od ... do ...)</b>	<b>Liczba godzin</b>	<b>Planowana liczba uczestników</b>	<b>Prowadzący (imię i nazwisko)</b>
<b>21.03.2026</b>	<b>8.00-20.00</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>Izabela Typa</b>
<b>22.03.2026</b>	<b>8.00-20.00</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>Izabela Typa</b>

*Data i podpis osoby sporządzającej*  
13.03.2026

DYREKTOR

Izabela Łajs