

**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>Ul. Centralna 35, 37-415 Kępie Zaleszańskie</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>22.02.2026</b>	<b>14.00-20.00</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>Izabela Typa</b>
<b>23.02.2026</b>	<b>15.00-19.00</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>Izabela Typa</b>
<b>24.02.2026</b>	<b>15.00-21.00</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>Izabela Typa</b>
<b>25.02.2026</b>	<b>15.00-19.00</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>Izabela Typa</b>

*Data i podpis osoby sporządzającej*  
16.02.2026

DYREKTOR  
  
Izabela Łajs