Kwartalny harmonogram
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

Nazwa Beneficjenta	**Fundacja Kreatywnych Zmian Społecznych**
Nr umowy	**FESW.10.05-IP.01-0009/25**
Tytuł projektu	**Czas na aktywność**
Wykonawca	**Fundacja Możesz Więcej (Partner)**
Forma wsparcia	**Indywidualne konsultacje dietetyczne**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Ruszczańska 23, 28-230 Połaniec**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od … do …)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników	Osoba Prowadząca Wsparcie
23.05.2026	**8:30-20:30**	**12**	**6**	**Dominika Darowska-Nowak**
29.05.2026	**8:30-18:30**	**10**	**5**	**Dominika Darowska-Nowak**
30.05.2026	**8:30-18:30**	**10**	**5**	**Dominika Darowska-Nowak**