

Kwartalny harmonogram planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

II kwartał 2025

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Beneficjenta** | | **Fundacja Możesz Więcej**  Wsparcie realizowane w ramach działań Partnera  NEUROCLINIC-CENTRUMTERAPII I ROZWOJUAGNIESZKASCENDO | | | |
| **Nr umowy** | | FESW.09.01-IZ.00-0022/24 | | | |
| **Tytuł projektu** | | **Szansa na lepsze!** | | | |
| **Wykonawca** | | FUNDACJA ROZWOJU PRZEDSIĘBIORCZOSCI I EDUKACJI | | | |
| **Forma wsparcia** | | **Mentoring** | | | |
| **Miejsce realizacji wsparcia**  **(dokładny adres, nr sali)** | | **ul. Zagórska 10/9, Kielce** | | | |
| **Data realizacji wsparcia** | **Godziny realizacji wsparcia**  **(od … do …)** | | **Liczba godzin** | **Planowana liczba uczestników** | **Prowadzący**  **(imię i nazwisko)** |
| **22.04.2025** | **14:00-20:00** | | **6** | **3** | Anna Bełtowska |
| **23.04.2025** | **14:00-20:00** | | **6** | **3** | Anna Bełtowska |
| **24.04.2025** | **14:00-20:00** | | **6** | **3** | Anna Bełtowska |